1

La démographie africaine entre convergences et divergences

Jean-Pierre GUENGANT

L'Afrique subsaharienne reste au cœur de trois controverses majeures à contenu démographique. La première porte sur l'ampleur des effets négatifs de la traite esclavagiste et de la colonisation. La seconde a trait au sous-peuplement du continent africain. La troisième concerne le handicap que constituerait pour le développement des pays d'Afrique subsaharienne la poursuite de leur forte croissance démographique.

Ces controverses s'inscrivent largement à contre-courant de l'histoire de la population mondiale. En effet, du XVI^e^ au XIX^e^ siècle, les fortes croissances démographiques observées dans le monde s'opposent à la stagnation de la population de l'Afrique subsaharienne. On estime qu'entre 1500 et 1900, la population mondiale a été multipliée par trois et demi, et celles de la Chine et de l'Europe par cinq. Dans le même temps, la population de l'Afrique subsaharienne a quasiment stagné, voire régressé selon certains auteurs. Ensuite, le XX^e^ siècle a été celui de l'explosion démographique du Tiers-Monde. Mais la seconde moitié du XX^e^ siècle a été aussi celle de la diffusion généralisée de l'usage de la contraception et de la maîtrise de la fécondité, ainsi que celle de l'expansion de l'épidémie de VIH/Sida. L'Afrique subsaharienne fait encore ici figure d'exception. Ainsi, alors qu'en Asie et en Amérique latine 60 % des femmes utilisent aujourd'hui une méthode moderne de contraception, le recours à la contraception moderne reste marginal en Afrique subsaharienne puisque moins de 10 % des femmes l'utilisent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, et 20 % en Afrique de l'Est. En conséquence de quoi, les femmes africaines ont encore cinq enfants en moyenne, et l'Afrique subsaharienne connaît toujours une croissance démographique annuelle de 2,5 % par an, chiffres deux fois plus élevés

que ceux observés pour l'ensemble de l'Asie et de l'Amérique latine. Par ailleurs, l'Afrique subsaharienne paie le plus lourd tribut au VIH/Sida puisqu'elle concentre les deux tiers des personnes infectées dans le monde et enregistre plus de 70 % des décès imputables à cette maladie.

La nécessité de récupérer les pertes démographiques des siècles précédents, les faibles densités globales de population, la relation supposée positive entre une population nombreuse et le développement, ainsi que la crainte de voir la population décroître à cause du VIH/Sida sont des arguments généralement avancés, en Afrique subsaharienne, contre les programmes de planification familiale et de maîtrise de la fécondité. Ces programmes sont d'ailleurs souvent jugés contraires aux traditions africaines et donc inadaptés. La principale conséquence de l'évolution démographique « décalée » de l'Afrique subsaharienne a été la poursuite d'une croissance exceptionnellement forte et longue de sa population, ainsi que son rajeunissement, qui s'oppose au vieillissement des populations des autres régions du monde. Ainsi, en 2005, deux Subsahariens sur trois avaient moins de 25 ans, alors que ce groupe représentait, en Chine, 40 % de la population et 30 % en Europe. À l'autre extrémité des pyramides des âges, 5 % seulement des Subsahariens avaient plus de 60 ans, contre environ 10 % des Chinois et 20 % des Européens. Pour le XXI^{e} siècle, ces différences annoncent la poursuite d'une forte croissance démographique en Afrique subsaharienne, à l'inverse de la stagnation ou de la décroissance de la population attendue dans les nombreux pays développés et en développement, où la fécondité est inférieure à 2 enfants par femme.

Interpréter ces évolutions et prévoir le futur ne sont pas tâches faciles. Faut-il privilégier l'hypothèse d'un simple décalage des évolutions démographiques entre l'Afrique subsaharienne et le reste du monde, c'est-à-dire retenir l'hypothèse d'une convergence à terme de tous les régimes démographiques ? Faut-il au contraire retenir l'hypothèse d'une divergence, avec des scénarios incluant par exemple le maintien de la fécondité à des niveaux élevés, des augmentations de mortalité, des déplacements massifs de population ? Quoi qu'il en soit, les évolutions observées au cours des trente dernières années doivent nous inciter à la prudence. En effet, l'irréversibilité supposée de la baisse des niveaux de mortalité, au cours du processus de transition démographique, a été contredite par la stagnation et l'augmentation des niveaux de mortalité dans de nombreux pays, non seulement en Afrique, mais aussi dans l'ex-URSS, du fait de l'impact de l'épidémie du Sida et/ou de la détérioration des systèmes de santé. Des baisses de la fécondité, pourtant bien amorcées, marquent une pause dans plusieurs pays en développement (autour de 4 à 5 enfants par femme) alors que l'on supposait une convergence sans palier autour de 2 enfants par femme. Par ailleurs, la fécondité semble se maintenir durablement au-dessous de 2 enfants par femme dans de nombreux pays déve-

loppés et en développement, ce qui n'avait pas non plus été anticipé. Pourtant, l'hypothèse généralement retenue est celle de la convergence à terme des régimes démographiques, basée en particulier sur les projections démographiques des Nations unies, elles-mêmes fondées sur cette même hypothèse. On oublie que ces projections ne prétendent pas être des prédictions, et il n'est pas écrit qu'en 2050 les deux tiers des pays d'Afrique subsaharienne auront une fécondité égale ou inférieure à 2,5 enfants par femme, comme l'anticipe la variante moyenne de la révision 2006 des projections des Nations unies.

C'est à ces questions complexes – poids du passé, spécificités des évolutions démographiques récentes en Afrique subsaharienne, limites des projections, défis associés à la poursuite de la croissance démographique – que ce chapitre est consacré. L'examen de ces questions devrait permettre, au final, de reposer le problème de l'importance à accorder ou non aux problèmes démographiques dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté, et des choix stratégiques à opérer en matière de santé de la reproduction en Afrique subsaharienne. On s'est efforcé, pour ce faire, d'utiliser les dernières données disponibles mi-2007, en particulier les résultats de la révision 2006 des projections des Nations unies, le rapport 2006 sur l'épidémie de Sida dans le monde et les résultats des dernières enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et en 2007. Les données plus récentes utilisées dans ce chapitre peuvent par conséquent être différentes de celles utilisées dans les autres chapitres sur un même sujet.

Un héritage historique particulier

L'évolution de la population d'Afrique subsaharienne sur le temps long est le reflet à la fois de facteurs spécifiques à la région, mais aussi de la place de l'Afrique dans le monde à des moments historiques donnés.

Traite et colonisation : deux chocs démographiques majeurs

Depuis l'avènement de « l'économie monde », dominée par l'Occident au tournant du XVI[e] siècle et marquée par l'établissement de comptoirs européens et de colonies en Amérique, en Afrique et en Asie, l'Afrique subsaharienne a connu au moins deux chocs démographiques majeurs. Le premier est le développement de la traite transatlantique qui a duré du milieu du XV[e] à la fin du XIX[e] siècle. Selon les sources le plus

souvent citées, la traite aurait concerné entre 12 et 15 millions de personnes. Certains auteurs parlent cependant de 50 millions, voire plus. Joseph Ki-Zerbo, après une revue des chiffres avancés par divers auteurs, indique dans son *Histoire de l'Afrique noire* : « on peut donc considérer qu'environ 100 millions d'hommes et de femmes ont été arrachés à l'Afrique depuis le XV^e^ siècle, 50 millions étant un minimum » (Ki-Zerbo, 1972 : 218). Cette migration forcée, massive, est à l'origine des diasporas noires d'Amérique du Nord, d'Amérique latine et des Caraïbes, que l'on peut estimer aujourd'hui en gros à 150 millions de personnes, chiffre considérable par rapport à la population actuelle de l'Afrique subsaharienne. La traite transsaharienne et celle de l'océan Indien ont également concerné plusieurs millions de personnes. Les chiffres cités à ce sujet sont de 9 millions pour la traite transsaharienne et de 5 millions pour celle de l'océan Indien. Les périodes concernées vont du VII^e^ au XX^e^ siècle pour la traite transsaharienne et du IX^e^ au début du XX^e^ siècle pour la traite de l'océan Indien. Les effets de ces traites sur la dynamique des populations d'Afrique subsaharienne sont donc plus étalés dans le temps que ne l'est l'impact de la traite transatlantique.

Le second choc est celui consécutif à l'occupation coloniale, qui se généralise à la fin du XIX^e^ siècle et s'accompagne de travail forcé, de déplacements de populations et de l'importation de maladies inconnues jusqu'alors en Afrique. Il est ainsi admis que la période qui va en gros de 1880 à 1920 est une période de ralentissement démographique, voire de régression brutale dans certaines régions. C'est le cas notamment en Afrique centrale où la régression démographique est imputable aux nombreux décès consécutifs à la mauvaise santé des populations et aux diverses maladies, famines et autres pénuries alimentaires qui les ont affectées.

Cette histoire démographique particulière a conduit à des estimations contradictoires sur l'évolution de la population d'Afrique subsaharienne. Elle est aussi à l'origine des jugements sur le sous-peuplement du continent ainsi que des fortes réticences qui se manifestent en Afrique dans les années 1970 et 1980 à l'égard des programmes et politiques de population, vus d'abord comme des répliques des programmes de limitation des naissances adoptés et mis en œuvre en Asie dans les années 1950 et 1960 avec l'appui d'agences occidentales.

Stagnation et déclin des populations d'Afrique subsaharienne

Concernant le passé, Jean-Nöel Biraben indique qu'à partir de 1500 on dispose pour presque tous les pays du monde, sinon de recensements, du moins de descriptions qui permettent de construire des estimations

documentées (Biraben, 2003). Il a ainsi estimé la population mondiale en 1500 à près d'un demi-milliard d'habitants. Nous avons repris dans le tableau 1 ses estimations par grandes régions du monde en 1500 et en 1900, et les avons complétées par les dernières estimations des Nations unies pour 1950, 2000 et 2050 (United Nations, 2007).

Tableau 1. Évolution de la population mondiale par grandes régions à différentes dates

Dates/Régions	Population en millions					Ratio 1900 /1500	Ratio 2050 /1950	1500 (%)	1950 (%)	2050 (%)
	1500	1900	1950	2000	2050					
Chine (avec la Corée)	84	415	586	1 347	1 485	4,9	2,5	18	23	16
Inde, Pakistan, Bangladesh	95	290	453	1 330	2 205	3,1	4,9	21	18	24
Reste de l'Asie (sauf Japon)	56	153	289	901	1 474	2,7	5,1	12	11	16
Total Asie (sans Japon)	235	858	1 327	3 578	5 163	3,7	3,9	51	52	56
Afrique du Nord	8	23	44	141	237	2,9	5,4	2	2	3
Reste de l'Afrique – Afrique subsaharienne	**78**	**95**	**180**	**680**	**1 761**	**1,2**	**9,8**	**17**	**7**	**19**
Total Afrique	86	118	224	821	1 998	1,4	8,9	19	9	22
Amérique centrale et Amérique du Sud	39	75	168	523	769	1,9	4,6	9	7	8
Europe (avec la Russie)	84	422	548	729	664	5,0	1,2	18	22	7
Amérique du Nord	3	90	172	316	445	30,0	2,6	1	7	5
Japon	8	44	84	127	103	5,5	1,2	2	3	1
Océanie	3	6	13	31	49	2,0	3,8	1	1	1
Total mondial	458	1 613	2 535	6 124	9 191	3,5	3,6	100	100	100

Source : Tableau adapté de :

– années 1500 et 1900 : Biraben (2003) ;

– années 1950, 2000, 2050 : United Nations (2007).

Notes : Les grandes régions retenues ont été définies de la même manière selon les deux sources, sauf pour « Europe avec Russie » où, du fait de l'éclatement de l'URSS, les données des années 1950, 2000 et 2050 se réfèrent aux frontières actuelles de la Fédération de Russie. En 2000, la population des Républiques asiatiques de l'ex-URSS était de 71 millions d'habitants. En ajoutant ce chiffre à la population de l'Europe, selon sa définition actuelle, on arriverait en 2000 à 800 millions (au lieu des 729 millions indiqués dans le tableau), contre 422 millions en 1900.

Ces données suggèrent que les conséquences directes et indirectes des traites auraient été une quasi-stagnation de la population de l'Afrique subsaharienne, puisque celle-ci serait passée de près de 80 millions en 1500 à 95 millions en 1900. Cette augmentation est d'autant plus modeste (+22 %) que dans le même temps la population mondiale a été multipliée par trois et demi. Conséquence de cette évolution, la part de la population d'Afrique subsaharienne dans la population mondiale serait passée de 17 % en 1500 à 7 % en 1900 ! D'autres estimations font état d'une diminution massive de la population d'Afrique subsaharienne. Ainsi, Louise-Marie Diop-Maes avance le chiffre de 600 à 800 millions d'habitants dans cette région pour le début du XVI[e] siècle, contestant l'estimation qui a été faite d'une population mondiale à un demi-milliard d'habitants en 1500 (Diop-Maes, 1996). Elle arrive à cette estimation après avoir comparé les densités du continent avec celles de l'Europe et de l'Asie méridionale au XVII[e] siècle, examiné les récits des voyageurs à diverses époques sur la population de villes telles que Gao, Tombouctou, Kano et pris en considération les différents facteurs qui contribuent en Afrique subsaharienne à une fécondité élevée (mariages précoces, extrême rareté du célibat des femmes, remariages systématiques, désir généralisé d'avoir beaucoup d'enfants noté par les premiers explorateurs, etc.). Louise-Marie Diop-Maes estime ensuite que la population de l'Afrique subsaharienne aurait fortement décliné pour s'établir à 200 millions au milieu du XIX[e] siècle (soit trois à quatre fois moins que son estimation pour le début du XVI[e] siècle), puis à 130 millions vers 1930 et 145 millions vers 1948-1949 (contre 180 millions en 1950 selon l'estimation des Nations unies).

Les divergences entre ces estimations sont au moins révélatrices de « l'importance de la ponction humaine subie par l'Afrique », pour reprendre l'appréciation de Joseph Ki-Zerbo (1972). Même si l'on retient pour la traite transatlantique l'estimation de 12 à 15 millions de personnes, celle-ci représente toujours une ponction majeure par rapport à l'estimation de Jean-Nöel Biraben de 80 à 90 millions pour les XV[e] et XIX[e] siècles, et ce d'autant plus que la traite a plutôt concerné des jeunes hommes adultes.

La question de la récupération démographique et de l'adaptation pendant plusieurs siècles à cette émigration forcée reste posée. On a remarqué à ce sujet que le Nigeria, pays pourtant massivement touché par la traite, reste le pays le plus peuplé d'Afrique et que, dans les pays voisins du golfe du Bénin, les zones côtières également très touchées ont de fortes densités de population. Il est vrai que divers pays d'Afrique centrale ont toujours des densités démographiques faibles et qu'ils ont été et restent considérés comme relativement sous-peuplés. Cette situation est le résultat de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la traite négrière en

Afrique centrale a été plus tardive que dans les pays du golfe du Bénin et son impact démographique y est donc plus récent. Ensuite, la brutalité de la pénétration coloniale à la fin du XIX[e] siècle en Afrique centrale, avec notamment les réquisitions et les déplacements forcés de nombreuses populations pour le « portage » et le travail dans les plantations, s'est traduite par une surmortalité, conduisant à de fortes diminutions de population (Diop-Maes, 1996). Enfin, la sous-fécondité relative observée en Afrique centrale, attribuée à une forte prévalence des maladies vénériennes, a certainement constitué un obstacle supplémentaire à la récupération démographique de cette sous-région.

Une récupération démographique exceptionnelle

Ceci dit, on s'accorde à reconnaître que l'entre-deux-guerres marque l'avènement, partout en Afrique, d'une période de croissance démographique, du fait de l'amorce de la baisse de la mortalité et du maintien d'une fécondité élevée (Nations unies, 1966). Selon les reconstitutions du passé faites par les Nations unies, cette croissance se serait accélérée à partir des années 1950 et aurait atteint son maximum dans les années 1980 (tableau 2) (United Nations, 2007).

Tableau 2. Évolutions des taux annuels moyens de croissance des diverses sous-régions d'Afrique de 1920 à 2000 (en %)

Sous-régions	Périodes					
	1920-1950	1950-1960	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000
Afrique de l'Ouest	1,6	2,3	**2,5**	**2,8**	**3,0**	**2,9**
Afrique centrale	0,9	2,1	**2,5**	**2,9**	**3,0**	**2,9**
Afrique de l'Est	1,6	2,4	**2,8**	**3,0**	**3,1**	**2,7**
Afrique australe	2,3	2,4	**2,6**	**2,6**	2,4	2,2
Afrique subsaharienne	1,5	2,3	**2,6**	**2,9**	**3,0**	**2,7**
Afrique du Nord	1,4	2,4	**2,5**	**2,6**	**2,6**	1,9
Ensemble de l'Afrique	1,5	2,3	**2,6**	**2,8**	**2,9**	**2,6**

Source : Tableau adapté de :
- période 1920-1950 : Nations unies (1966).
- périodes 1950-1960 à 1990-2000 : United Nations (2007).

Note : Les taux annuels moyens de croissance pour la période 1920-1950, puis par période décennale de 1950-1960 à 1990-2000, ont été calculés à partir des populations estimées en 1920, puis en 1950, 1960, etc., jusqu'en 2000.
En gras, les taux égaux ou supérieurs à 2,5 % par an ; les chiffres soulignés correspondent aux maxima.

Ainsi, au cours de la période 1920-1950, la croissance démographique annuelle moyenne aurait été proche de 1,0 % en Afrique centrale, de 1,6 % en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est, et aurait déjà été supérieure à 2 % par an en Afrique australe. Dans les années 1950, la poursuite de la baisse de la mortalité conduit partout à une croissance annuelle moyenne supérieure à 2 % par an. Un maximum de 2,6 % par an est atteint dès les années 1960 en Afrique australe et dans les années 1970 en Afrique du Nord. Mais dans les trois autres sous-régions, les maxima, qui sont de 3 % par an, sont atteints dans les années 1980. Avec des taux aussi élevés, sans précédent historique, on assiste donc au XX^{e} siècle à une récupération démographique exceptionnelle. La population de l'Afrique subsaharienne serait ainsi passée d'un peu moins de 100 millions en 1900 à près de 700 millions en 2000, soit une multiplication par 7 (tableau 1). Dans le même temps, la population mondiale n'a été, si l'on peut dire, que multipliée par 4 et celle de l'Asie par 5 ; seuls les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ont connu, comme l'Afrique subsaharienne, une multiplication de leur population par 7, en partie à cause d'une immigration importante. Pour le futur, il faut souligner que les projections de population des Nations unies, examinées plus bas, prévoient la poursuite de la croissance démographique, les taux de mortalité restant inférieurs aux taux de natalité projetés. Selon l'hypothèse moyenne de ces projections, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait ainsi être proche de 1,8 milliard en 2050, soit 10 fois plus qu'en 1950. En comparaison, toujours entre 1950 et 2050, la population de la Chine pourrait n'être multipliée que par deux fois et demi, les populations des autres régions d'Asie, celles d'Amérique latine et d'Afrique du Nord par cinq (tableau 1). Comme cela a été souligné, l'Afrique subsaharienne, qui avait en 1500 une population voisine de celle de la Chine, pourrait donc avoir une population supérieure à celle-ci en 2050 et « retrouver » alors, avec un cinquième de la population mondiale, son importance démographique d'antan.

« L'Afrique sous-peuplée » et les réticences vis-à-vis de la planification familiale

Cette histoire particulière de la population d'Afrique subsaharienne alimente toujours diverses controverses sur l'importance des pertes subies et la nécessité d'une récupération. Elle est également à l'origine des jugements sur le sous-peuplement du continent et, notamment dans les années 1970 et 1980, de prises de position radicales contre l'adoption de programmes de planification familiale et de politiques de population en Afrique. L'article de Samir Amin, « l'Afrique sous-peuplée », publié en

1972 alors que des programmes de contrôle des naissances soutenus par diverses agences occidentales et internationales étaient appliqués en Asie et, dans une moindre mesure, en Amérique latine, est emblématique à cet égard (Amin, 1972). Dans son article, Samir Amin souligne que, d'un point de vue économique, on peut sérieusement considérer certaines grandes régions d'Afrique comme sous-peuplées ; selon lui, l'insistance que l'Occident met à « vendre » la limitation des naissances cache mal le fait que la limitation des naissances est un élément de la stratégie de domination néocoloniale des pays du Nord. Cette position trouve un écho non seulement en Afrique, mais aussi parmi les délégations officielles africaines qui participent à la première conférence mondiale sur la population et le développement à Bucarest en 1974. Lors de cette conférence, les théories et les programmes « néomalthusiens » sont vivement critiqués par ceux que l'on appelle alors les « développementalistes », pour qui la baisse de la fécondité sera une conséquence du développement (position popularisée par le slogan « la meilleure pilule est le développement »). Lors des conférences suivantes de Mexico en 1984, mais surtout du Caire en 1994, les préoccupations démographiques et la planification familiale sont quelque peu mises de côté au profit d'une approche plus globale fondée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs individuels. Mais c'est au Caire, en 1994, que le libre choix, non seulement en matière de procréation mais aussi de sexualité, est mis en avant et largement accepté, en dépit de l'opposition de certains groupes religieux et traditionalistes.

Par rapport aux valeurs qualifiées de « traditionnelles », dominantes dans nombre de sociétés, l'exercice des droits reproductifs de chacun suppose cependant l'acceptation au sein de la population d'un certain nombre d'idées nouvelles telles que la possibilité de choisir le moment de ses grossesses et la taille de sa famille, la reconnaissance du principe d'égalité/équité entre hommes et femmes, le refus des mariages précoces, la condamnation des mutilations génitales, etc. C'est ainsi que les approches dites « diffusionnistes » (Casterline, 2001) attribuent la faiblesse de la pratique contraceptive et la forte fécondité dans certains pays ou groupes de populations, notamment les plus pauvres, au fait que le contrôle de la fécondité est mal compris, que les informations sur les méthodes contraceptives ne sont pas ou sont mal diffusées, et/ou que les méthodes contraceptives ne sont pas accessibles à la population (Schoumaker, 2003). Dans les pays où l'information est déficiente, il convient d'abord, selon les « diffusionnistes », de faire accepter ces idées nouvelles, au travers, par exemple, de campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC), et de communication pour des changements de comportements (CCC). Parallèlement, la mise sur pied de programmes et de services, accessibles et de qualité, en planification

familiale et santé de la reproduction doit permettre à chacun de choisir de manière informée, parmi les services et les méthodes disponibles, ce qui lui convient, d'exercer par conséquent ses droits reproductifs, ce qui doit conduire à une diffusion rapide de l'usage de la contraception dans la société. L'objectif retenu au Caire qui consiste à garantir d'ici 2015 « l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité » (Nations unies, 1995) s'inscrit dans cette perspective.

Les opinions et les politiques affichées concernant la maîtrise de la croissance démographique, la fécondité et la planification familiale ont donc profondément évolué au cours des trente dernières années. Cette évolution a aussi concerné l'Afrique, comme l'indiquent les résultats des enquêtes périodiques menées par les Nations unies depuis 1976 auprès des gouvernements sur leurs « perceptions et politiques concernant la population et le développement » (United Nations, 2006a). C'est ainsi qu'en 1976, parmi les 48 pays enquêtés[1], 1 pays sur 2 jugeait sa croissance démographique et ses niveaux de fécondité satisfaisants, et seulement 1 sur 3 jugeait qu'ils étaient trop élevés, les autres pays considérant leur croissance démographique trop faible (7 pays) et leurs niveaux de fécondité trop bas (5 pays). En 2005, le renversement d'attitude est spectaculaire, puisque 3 pays sur 4, parmi les 53 pays enquêtés, jugeaient leur croissance démographique et leur niveau de fécondité trop élevés, 1 pays sur 4 estimait qu'ils étaient satisfaisants et un seul pays jugeait qu'ils étaient trop bas. Parallèlement, alors qu'en 1976 12 pays sur 48 (1 sur 4) indiquaient avoir des politiques visant à réduire leur croissance démographique et leur niveau de fécondité, en 2005, parmi les 53 pays enquêtés, 35 indiquaient avoir des politiques visant à réduire leur croissance démographique et 39 pays des politiques visant à réduire leur niveau de fécondité, soit 3 pays sur 4. Et un nombre encore plus important de pays (44 sur 53) déclaraient, en 2005, avoir des « politiques de support direct à l'accès aux méthodes contraceptives ».

De fait, malgré l'adoption de politiques ou de programmes de population par la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne dans les années 1980 et 1990, la sincérité des déclarations des gouvernements et l'efficacité de leurs engagements proclamés ont été souvent mises en doute. Ngondo a Pitshandenge note à ce sujet, en 1988, que ces politiques et programmes sont souvent imposés à partir du sommet, « passent alors pour des initiatives néo-impérialistes et néo-colonialistes inavouées, et sont reçues avec réticences par la masse » (Ngondo a Pitshandenge, 1988 : 105). Il relève aussi, citant un autre auteur africain, qu'« en tout

1. Il s'agit ici de l'ensemble des pays africains, donc les six pays d'Afrique du Nord y compris.

état de cause, les finalités de la planification familiale en Afrique ne sauraient être la réduction de la croissance démographique » et que, « pour l'Afrique sous-peuplée, dominée, dont la richesse la plus immédiatement disponible et utilisable est sa démographie », il convient de rechercher des « objectifs de qualité et de quantité » (*ibid.*). Ngondo a Pitshandenge indique enfin « qu'en définitive on peut douter de la sincérité des dirigeants à vouloir exécuter des initiatives par ailleurs ostensiblement inspirées de l'extérieur » et qu'il convient « que l'on vise davantage les changements structurels durables et que l'on s'attaque aux facteurs déterminants qui justifient le pronatalisme » (*ibid.* : 99).

Des évolutions récentes non maîtrisées

Dans ce contexte de réticence à l'adoption de programmes de planification familiale et de maîtrise de la fécondité, la « récupération » démographique de l'Afrique subsaharienne dans la seconde moitié du XX^{e} siècle a été spectaculaire. Cette récupération s'est traduite globalement par un quadruplement de la population entre 1950 et 2000, ce qui a conduit à des pressions anthropiques difficilement supportables dans de nombreuses régions. Parallèlement, l'urbanisation, marginale en 1950, a été encore plus spectaculaire, puisque la population urbaine a été multipliée par 11. Cette urbanisation a conduit à la naissance de près de 40 villes dépassant le million d'habitants, de plus en plus difficiles à gérer. Par ailleurs, le développement des plantations, des activités minières et d'extraction du pétrole, ainsi que la croissance correspondante des besoins en main-d'œuvre dans les pays concernés, au cours du XX^{e} siècle, ont contribué à la constitution de nouveaux systèmes migratoires, à l'origine essentiellement intrarégionaux mais aujourd'hui en pleine recomposition.

Quant à la transition démographique, qui conduit à des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité, et à une croissance régulée des populations, elle est achevée ou en voie d'achèvement dans quasiment tous les pays d'Asie et d'Amérique latine. En Afrique subsaharienne, par contre, elle pourrait être longue, haute et imprévisible.

C'est l'ensemble de ces phénomènes, dont les évolutions récentes et futures apparaissent mal maîtrisées et difficiles à anticiper, qui est examiné ici, en commençant par les populations, les densités, l'urbanisation et les migrations internationales. On gardera à l'esprit que les données utilisées, celles des Nations unies, référence en la matière, ne sont pas d'égale qualité selon les pays et les périodes. On notera par

ailleurs que le classement des 48 pays[2] d'Afrique subsaharienne étudiés en quatre sous-régions, classement des Nations unies que nous avons retenu, est controversé pour certains pays. Ce classement se décline en 16 pays pour l'Afrique de l'Ouest, 9 pays pour l'Afrique centrale, 17 pays pour l'Afrique de l'Est, 5 pays pour l'Afrique australe, et le Soudan (voir tableau 3).

Populations, densités et migrations : des situations très diverses

Des populations en croissance très rapide

Les quatre pays les plus peuplés d'Afrique subsaharienne se trouvent être les pays les plus peuplés de chacune de ses quatre sous-régions. Il s'agit, par ordre décroissant de population en 2005, du Nigeria (141 millions), de l'Éthiopie (79 millions), de la République démocratique du Congo (59 millions) et de l'Afrique du Sud (48 millions) (tableau 3). Ces quatre pays représentaient, en 2005, 43 % de l'ensemble de la population de l'Afrique subsaharienne (le même pourcentage qu'en 1950), les 44 autres pays se partageant donc les 57 % restants.

Au cours des cinquante dernières années, la population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 4, puisqu'elle est passée de 180 millions en 1950 à 680 millions en 2000, puis à 770 millions en 2005. Le poids démographique de chaque sous-région est resté quasi inchangé, ce qui signifie qu'au niveau régional les évolutions ont été peu différentes, sauf au cours des quinze dernières années, pendant lesquelles la croissance de l'Afrique australe s'est considérablement ralentie. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est restent, avec respectivement 35 et 38 % de la population de la région en 2005, les deux sous-régions les plus peuplées. Ensuite, l'Afrique centrale compte pour 15 % de l'ensemble, l'Afrique australe pour 7 % (9 % en 1950) et le Soudan pour 5 %.

Les croissances démographiques ont été importantes partout, quoique variables selon les pays. Ainsi, entre 1950 et 2000, la population de la ville-État qu'est Djibouti (804 000 habitants en 2005) a été multipliée par 12 et celle de la Côte d'Ivoire par 7, du fait d'une immigration importante. Ensuite, près d'un pays sur trois (14 sur 48) a vu sa population multipliée par 4 à 5, et près d'un pays sur deux (21 sur 48) par 3 et moins

2. Les Seychelles, 86 000 habitants en 2005, et Sainte-Hélène, 6 000 habitants, sont exclues de l'exercice complexe de reconstitution démographique fait par les Nations unies, à cause de la petite taille de leurs populations.

de 4. Les augmentations les plus faibles, avec des multiplications par 2 et moins de 3, concernent 1 pays sur 4 (11 pays). Cette moindre croissance s'explique, pour plusieurs pays d'Afrique centrale, par leur « sous-fécondité » par rapport aux autres pays (Guinée équatoriale, Gabon, Centrafrique), par le déclin précoce de leur fécondité (Maurice, Réunion), ou encore par l'émigration et/ou les guerres civiles (Sierra Leone, Sao Tomé et Principe, Lesotho, Guinée-Bissau, Burundi, Mozambique).

Comment interpréter les densités ?

Malgré ces multiplications spectaculaires de population, la densité moyenne de l'Afrique subsaharienne en 2005 peut toujours paraître modeste, du moins à première vue. Elle s'établit en effet à 32 habitants au km², contre 124, quatre fois plus, pour l'ensemble de l'Asie et 58, près de deux fois plus, pour l'Amérique centrale. Elle est cependant supérieure à celle donnée pour l'ensemble de l'Amérique latine (27 habitants au km²).

L'appréciation des densités moyennes, qui sont très variables selon les espaces considérés, doit cependant tenir compte également des différents types d'environnement. Roland Pourtier distingue à ce sujet quatre grands types d'environnement en Afrique subsaharienne (Pourtier, 2006). Tout d'abord les savanes, dont le peuplement est ancien et « qui constituent des espaces ouverts, propices aux activités d'échanges autant qu'aux activités agropastorales ». Puis l'univers de la forêt, « avec ses faibles densités humaines et ses horizons bornés », mais où « le succès des cultures tropicales (café, cacao, etc.) a favorisé les régions forestières littorales ». Ensuite les hautes terres qui sont « caractéristiques de l'est du continent » et où « les avantages des sols volcaniques et de l'altitude favorables à l'agriculture et à l'élevage ont conduit au surpeuplement comme au Rwanda, au Burundi et au Kivu ». Enfin l'Afrique du Sud, « partagée entre milieux tempérés et tropicaux ». On pourrait ajouter à ces quatre types les îles de l'océan Indien et même l'ensemble des îles du pourtour du continent dont le peuplement est plus tardif et qui constituent un groupe à part.

Cependant, l'occupation de l'espace en Afrique subsaharienne ne semble pas correspondre aux possibilités offertes par l'environnement. Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison soulignent à ce sujet que « la répartition des hommes paraît *a priori* remarquablement mal corrélée au climat, voire à la végétation » (Dubresson et Raison, 2003 : 46). Ils notent ainsi que d'importantes concentrations humaines, souvent anciennes, se retrouvent au Sahel et dans des zones arides et semi-arides d'Afrique de l'Est, *a priori* peu favorables aux activités humaines. À l'inverse, en Afrique centrale, de vastes zones humides de forêts claires sont relativement sous-peuplées. On a ainsi parlé « d'opposition Est-Ouest » et « de

Tableau 3. Population et densité en 2005, population totale, urbaine, rurale en 1950 et 2000

Pays	Population totale en 2005 (millions)	Densité au km² en 2005	Population totale en 1950 (millions)	Population totale en 2000 (millions)	Population urbaine en 1950 (millions)	Population urbaine en 2000 (millions)	Population rurale en 1950 (millions)	Population rurale en 2000 (millions)
Afrique de l'Ouest								
Bénin	8,5	75	2,0	7,2	0,1	3,1	1,9	4,2
Burkina Faso	13,9	51	4,0	11,9	0,2	2,0	3,8	9,9
Cap-Vert	0,5	126	0,1	0,5	0,0	0,2	0,1	0,2
Côte d'Ivoire	18,6	58	2,5	17,0	0,3	7,4	2,2	9,6
Gambie	1,6	143	0,3	1,4	0,0	0,4	0,3	1,0
Ghana	22,5	94	5,2	20,1	0,8	8,8	4,4	11,3
Guinée	9,0	37	2,6	8,2	0,1	2,7	2,5	5,5
Guinée-Bissau	1,6	44	0,5	1,4	0,1	0,4	0,5	0,9
Liberia	3,4	31	0,8	3,1	0,1	1,4	0,7	1,7
Mali	11,6	9	3,3	10,0	0,3	3,0	3,0	7,0
Mauritanie	3,0	3	0,7	2,6	0,0	1,5	0,7	1,1
Niger	13,3	10	2,2	11,1	0,1	2,3	2,1	8,8
Nigeria	141,4	153	34,0	124,8	3,9	55,0	30,1	69,7
Sénégal	11,8	60	2,5	10,3	0,8	4,9	1,8	5,4
Sierra Leone	5,6	78	1,9	4,5	0,1	1,7	1,8	2,9
Togo	6,2	110	1,3	5,4	0,1	1,8	1,2	3,6
Afrique centrale								
Angola	16,1	13	4,1	13,9	0,3	4,7	3,8	9,3
Cameroun	17,8	37	4,5	15,9	0,4	7,8	4,0	8,1
Centrafrique	4,2	7	1,3	3,9	0,2	1,6	1,1	2,3
Congo	3,6	11	0,8	3,2	0,2	1,7	0,6	1,5
Congo (R.D.)	58,7	25	12,2	50,7	2,3	15,4	9,9	35,3
Gabon	1,3	5	0,5	1,2	0,1	1,0	0,4	0,2
Guinée équatoriale	0,5	17	0,2	0,4	0,0	0,2	0,2	0,2
Sao Tomé Principe	0,2	158	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Tchad	10,1	8	2,4	8,5	0,1	2,0	2,3	6,5
Afrique de l'Est								
Burundi	7,9	282	2,5	6,7	0,0	0,6	2,4	6,1
Comores	0,8	357	0,2	0,7	0,0	0,2	0,2	0,5
Djibouti	0,8	35	0,1	0,7	0,0	0,6	0,0	0,1
Érythrée	4,5	38	1,1	3,7	0,1	0,7	1,1	3,0
Éthiopie	79,0	72	18,4	69,4	0,8	10,3	17,6	59,0
Kenya	35,6	61	6,1	31,3	0,3	11,2	5,7	20,0
Madagascar	18,6	32	4,2	16,2	0,3	4,2	3,9	12,0
Malawi	13,2	112	2,9	11,6	0,1	1,8	2,8	9,9
Maurice	1,2	608	0,5	1,2	0,1	0,5	0,4	0,7
Mozambique	20,5	26	6,4	18,2	0,2	5,8	6,3	12,4
Ouganda	28,9	120	5,2	24,7	0,2	3,0	5,0	21,7
Réunion	0,8	313	0,2	0,7	0,1	0,7	0,2	0,1
Rwanda	9,2	351	2,2	8,2	0,0	1,1	2,1	7,1
Somalie	8,2	13	2,3	7,1	0,3	2,3	2,0	4,7
Tanzanie	38,5	41	7,7	33,8	0,3	10,9	7,4	22,9
Zambie	11,5	15	2,4	10,5	0,3	3,7	2,2	6,8
Zimbabwe	13,1	34	2,7	12,7	0,3	4,3	2,5	8,4
Afrique australe								
Afrique du Sud	47,9	39	13,7	45,4	5,9	25,2	7,8	20,2
Botswana	1,8	3	0,4	1,7	0,0	0,9	0,4	0,9
Lesotho	2,0	65	0,7	1,9	0,0	0,3	0,7	1,6
Namibie	2,0	2	0,5	1,9	0,0	0,6	0,4	1,3
Swaziland	1,1	65	0,3	1,1	0,0	0,2	0,3	0,8
Soudan	36,9	15	9,2	33,3	0,6	12,0	8,6	21,3
Afrique subsaharienne	769,3	32	180,0	679,8	20,8	232,0	159,3	447,7

Source : United Nations (2007).

diagonale du vide ». Effectivement en 2005, l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique de l'Est et le Soudan concentrent près de 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne et enregistrent les densités les plus élevées (autour de 45 habitants au km² pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est). Par contraste, l'Afrique centrale et l'Afrique australe n'en comptent guère plus de 20 % (respectivement 15 % et 7 %) et ont des densités deux fois plus faibles (autour de 20 habitants au km²).

Par sous-régions, le peuplement apparaît cependant un peu plus conforme aux zones écologiques. Ainsi en Afrique de l'Ouest, le peuplement obéit à une disposition zonale, avec au Sud les zones côtières aujourd'hui très densément peuplées et au Nord des zones soudano-sahéliennes puis sahéliennes moins densément peuplées, et enfin des zones semi-arides ou arides quasiment vides d'habitants. Nombre d'États étant à cheval sur plusieurs de ces zones, les densités moyennes par pays ont une signification limitée. Il reste que les densités les plus élevées en 2005, proches de ou supérieures à 100 habitants au km², sont bien celles d'États côtiers : Nigeria (153 habitants au km²), Togo (110), Ghana (94), suivis par la Sierra Leone (78 habitants au km²), le Bénin (75), le Sénégal (60) et la Côte d'Ivoire (58) (tableau 3). Les densités les plus faibles sont celles d'États dont une partie importante du territoire est semi-aride et/ou désertique : Mauritanie (3 habitants au km²), Mali (9) et Niger (10). C'est le cas aussi, en Afrique australe, de la Namibie et du Botswana (2 et 3 habitants au km² respectivement), en Afrique centrale, du Tchad (8), en Afrique de l'Est, de la Somalie (13), ainsi que du Soudan (15 habitants au km²). En Afrique de l'Est, on trouve aussi des zones de peuplement très denses, comme par exemple dans les « Hautes Terres » éthiopiennes et dans la région des Grands Lacs, qui s'opposent à des zones faiblement peuplées. De fait, c'est bien dans les hautes terres que l'on trouve les densités moyennes par pays les plus élevées en 2005, de l'ordre de 300 habitants au km² au Rwanda (351) et au Burundi (282), et de plus de 100 habitants au km² en Ouganda (120) et au Malawi (112). Viennent ensuite l'Éthiopie et le Kenya avec respectivement 72 et 61 habitants au km². Parmi les pays d'Afrique centrale, région qui correspond plus ou moins à « la diagonale du vide », les densités ne dépassent pas 25 habitants au km², excepté au Cameroun (25 en République démocratique du Congo ; moins de 20 en Guinée équatoriale, en Angola et au Congo ; moins de 10 au Tchad, en Centrafrique et au Gabon). Au Cameroun, pays à cheval sur plusieurs zones écologiques, la densité est proche de 40 habitants au km². Notons enfin les fortes densités de toutes les îles rattachées à l'Afrique subsaharienne, par ordre décroissant : Maurice (608), Comores (357), Réunion (313), Sao Tomé et Principe (158), et Cap-Vert (126).

Au-delà de leur grande diversité, les densités moyennes par pays cachent également d'énormes inégalités internes. Au Bénin par exemple,

les densités rurales varient de 10 à 300 habitants au km² (Tabutin et Schoumaker, 2004). Il en va de même au Niger, pays quasiment vide d'habitants avec une densité moyenne de 10 habitants au km², mais que l'on peut paradoxalement qualifier aujourd'hui de pays « démographiquement plein ». Tout d'abord, du fait du climat aride et semi-aride du pays, les cultures dites pluviales (mil et sorgho) ne peuvent être pratiquées que sur 15 % du territoire. Dans cet espace, la zone écologique dite des vallées, la plus favorable aux cultures pluviales, connaît déjà des densités de 150 à 200 habitants au km². Dans la zone dite des plaines, moins favorable à l'agriculture, les densités sont comprises entre 60 et 80 habitants au km². Enfin, dans la zone dite des plateaux, la densité est inférieure à 10 habitants au km², mais il s'agit d'une zone où seul l'élevage extensif est envisageable. Dans les trois zones, les conflits entre éleveurs et agriculteurs sont récurrents, la question foncière est devenue un problème aigu et les problèmes environnementaux sont sévères, y compris dans la zone dite des plateaux, du fait de l'omniprésence du bétail (Guengant et Banoin, 2003). L'appréciation des densités de peuplement doit ainsi tenir compte à la fois des types d'occupation de l'espace (espaces urbain, périurbain, rural), des zones écologiques (zones arides, semi-arides, arborées, de forêt, ou saharo-sahélienne, sahélienne, sahélo-soudanienne, soudanienne, etc.) et des types de cultures pratiquées (cultures vivrières – céréales, tubercules – ou cultures de rente). On doit noter aussi que les modes traditionnels collectifs d'appropriation et de mise en valeur de la terre, toujours en vigueur dans nombre de pays, sont basés sur une faible occupation de l'espace. Avec des populations aujourd'hui 7 fois plus nombreuses en moyenne qu'au début du XX^{e} siècle, les systèmes agraires traditionnels, qui s'appuient sur ces modes collectifs d'appropriation et de mise en valeur, ne sont plus adaptés. En effet, la terre qui était autrefois abondante est aujourd'hui une ressource rare, source de conflits. Les systèmes agraires traditionnels sont donc en crise, et il faut souligner à ce propos que les rendements et les productions vivrières par tête sont en recul dans la quasi-totalité des pays, alors que paradoxalement la majorité de la population active travaille dans l'agriculture (paradoxe apparent, puisque c'est la faible productivité des systèmes agraires qui est en cause).

Au total, les croissances démographiques exceptionnelles observées au cours du XX^{e} siècle en Afrique subsaharienne ont conduit à une densification progressive de l'espace rural. Dans de nombreuses régions, on est arrivé à une telle saturation de l'espace rural qu'il est aujourd'hui quasiment impossible d'accéder à de nouvelles terres, ce qui est à l'origine de conflits souvent violents. À ce sujet, Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker ont recalculé les densités à partir des superficies des terres arables et des cultures permanentes, ce qui permet de mieux apprécier la relation entre pression démographique et ressources agricoles. Leurs

résultats, s'ils ont certaines limites, sont édifiants. Les auteurs notent par exemple que : « la Mauritanie passe de 3 à 529 habitants au km², le Sénégal de 48 à 391, le Kenya de 53 à 676, la Somalie de 14 à 817 [...]. En termes de terres utilisées ou cultivables, on est donc loin d'une Afrique sous-peuplée » (Tabutin et Schoumaker, 2004 : 531). On peut dire également qu'il n'est plus pertinent, d'une manière générale, de parler aujourd'hui de sous-peuplement de l'Afrique subsaharienne.

Une multiplication par 11 de la population urbaine depuis 1950 !

Parallèlement à la densification de l'espace rural, l'Afrique a connu une véritable explosion urbaine. En effet, alors qu'entre 1950 et 2000 sa population totale a été multipliée par 4 et sa population rurale par 3, la population urbaine de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 11, puisqu'elle est passée de 21 millions en 1950 à 232 millions en 2000 (tableau 3) ! Ces chiffres révèlent l'extraordinaire croissance des villes africaines. Mais ils indiquent aussi que cette croissance s'est faite largement grâce au maintien d'une forte fécondité chez les nouveaux citadins, les populations rurales gardant pendant cette période leur vitalité démographique (Dubresson et Raison, 2003). C'est ainsi que, du fait de la poursuite d'une forte croissance en milieu rural, l'urbanisation en Afrique subsaharienne reste la plus faible du monde : 37 % en 2005, contre 40 % pour l'ensemble de l'Asie et 78 % pour l'Amérique latine. Cette moyenne cache cependant des différences importantes au niveau sous-régional puisqu'il y a une différence du simple au double entre la sous-région la moins urbanisée – l'Afrique de l'Est (27 %) – et la sous-région la plus urbanisée – l'Afrique australe (55 %) ; l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale se situent à des niveaux intermédiaires, respectivement 44 et 38 %.

Avant d'examiner l'évolution des niveaux d'urbanisation (ou pourcentages de population urbaine) estimés pour chaque pays par les Nations unies, il convient de rappeler la diversité des définitions nationales sur lesquelles s'appuient ces estimations. En effet, dans certains pays la population urbaine est définie uniquement à partir de seuils démographiques, par exemple à partir d'un seuil de 2000, 5000, voire 10 000 habitants agglomérés. Dans d'autres pays, la définition de l'urbain s'appuie sur des critères administratifs. Par exemple, sont considérés comme urbains tous les chefs-lieux de province ou de département, ou encore toutes les localités érigées en communes. Certains pays combinent critères administratifs et démographiques. Il arrive aussi que les définitions retenues pour un même pays ne soient pas strictement les mêmes d'un recensement à l'autre, ce qui complique encore davantage l'analyse des évolutions et les comparaisons entre pays.

Ces réserves faites, il est clair que la plupart des pays d'Afrique subsa-

harienne étaient encore massivement ruraux dans les années 1950 et que la croissance de la population urbaine a été rapide dans la majorité d'entre eux. Ainsi en 1950, la population était rurale à 90 % et plus dans 2 pays sur 3 (31 sur 48). Seuls 5 pays avaient alors une population urbaine de l'ordre de 30 à 40 % de leur population totale. Il s'agissait de l'Afrique du Sud et de Djibouti (40 % d'urbains environ), du Congo, du Sénégal et de Maurice (30 % d'urbains environ). En 2005 en revanche, 11 pays, soit 1 pays sur 4, avaient une population majoritairement urbaine, et dans une dizaine d'autres la population urbaine représentait entre 40 % et moins de 50 % de la population totale. La comparaison des taux d'urbanisation en 1950 et 2005 met toutefois en évidence des évolutions contrastées et permet de distinguer quatre types d'urbanisation (tableau 4).

Tableau 4. Classement des pays selon les taux d'urbanisation en 1950 et 2005

En 2005, 2e chiffre (xx,19)	Taux d'urbanisation En 1950, 1er chiffre, exemple Burkina Faso (4,xx)			
	Inférieur ou égal à 10 %		Entre 11 % et moins de 25 %	25 % et plus
Moins de 25 %	Afrique de l'Ouest : Burkina Faso (4,19) Niger (5,23)	Afrique de l'Est : Burundi (2,11) Rwanda (2,22) Ouganda (3,12) Malawi (4,17) Ethiopie (5,16) Erythrée (6,21) Afrique australe : Lesotho (1,18) Swaziland (1,24)		
	10 pays			
Entre 25 % et 40 %	Afrique de l'Ouest : Guinée (5,36) Togo (7,36) Sierra Leone (7,40) Mali (8,34) Gambie (10,26) Guinée-Bissau (10,36) Afrique centrale : Tchad (4,26) Angola (8,37)	Afrique de l'Est : Mozambique (3,38) Comores (3,36) Tanzanie (4,38) Madagascar (8,27) Zambie (10,36) Zimbabwe (10,36) Afrique australe : Namibie (9.33) Soudan (6,40)	Afrique centrale : Sao Tomé et Principe (14,38) Congo (R.D.) (19,33) Afrique de l'Est : Somalie (13,36)	
	16 pays		3 pays	
41 % et plus	Afrique de l'Ouest : **Mauritanie (2,64)** Bénin (5,46) Afrique centrale : **Cameroun (10,53)**	Afrique de l'Est : Kenya (6,42) Afrique australe : **Botswana (3,53)**	Afrique de l'Ouest : Nigeria (11,48) Liberia (13,48) Côte d'Ivoire (13,46) **Cap-Vert (14,58)** Ghana (15,46) Afrique centrale : **Gabon (11,85)** Centrafrique (16,44) **Guinée équatoriale (16,50)** Afrique de l'Est : **Réunion (24,92)**	Afrique de l'Ouest : **Sénégal (30,51)** Afrique centrale : **Congo (31,54)** Afrique de l'Est : Maurice (29,44) **Djibouti (40,85)** Afrique australe : **Afrique du Sud (43,58)**
	5 pays		5 pays (< 50% en 2005), et 4 pays (≥ 50% en 2005)	5 pays
Total	31 pays		12 pays	5 pays

Source : United Nations (2007).
Note : Chiffres en gras pour les pays ayant un taux d'urbanisation supérieur ou égal à 50 %.

Le premier type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « lent » dans le contexte africain. Il combine des niveaux de départ peu élevés (inférieurs à 20 %) et des niveaux actuels toujours modestes (inférieurs à 40 %). Plus d'un pays sur quatre (13 sur 48) répond à cette définition. Parmi ceux-ci, 10 pays avaient un taux d'urbanisation égal à 6 % au plus en 1950 et inférieur à 25 % en 2005. Ces pays sont donc toujours peu urbanisés. On notera que 9 d'entre eux sont des pays enclavés[3]. Il s'agit de 3 pays sahéliens : le Burkina Faso et le Niger, de 5 pays des « Hautes Terres » d'Afrique de l'Est et de 2 pays enclavés d'Afrique australe.

Le deuxième type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « moyen ». Il combine des niveaux de départ peu élevés (égaux à 16 % au plus) et des niveaux actuels intermédiaires compris entre 25 et 50 %. Vingt et un pays sur quarante-huit répondent à cette définition. Parmi ceux-ci, 16 pays avaient un taux d'urbanisation égal à 10 % au plus en 1950, et compris entre 25 et 40 % en 2005. Six pays d'Afrique de l'Ouest et six pays d'Afrique de l'Est sont concernés. Il s'agit donc de pays encore majoritairement ruraux, mais qui, à quelques exceptions près, devraient devenir majoritairement urbains dans les vingt ans à venir.

Le troisième type d'urbanisation correspond à un rythme que l'on peut qualifier de « rapide », combinant des niveaux de départ peu élevés (égaux à 10 % au plus) et des niveaux actuels importants (supérieurs à 40 %). Cinq pays répondent à cette définition. Cependant la Mauritanie, le Cameroun et le Bostwana ont déjà des populations majoritairement urbaines. Il en va de même pour le Gabon, le Cap-Vert et la Réunion dont les taux d'urbanisation se situaient entre 11 et 25 % en 1950 et avaient dépassé les 50 % en 2005.

Le quatrième type correspond à une urbanisation que l'on peut qualifier d'« ancienne », combinant des niveaux de départ substantiels pour l'époque (de l'ordre de 30 à 40 %) et des niveaux actuels importants (supérieurs à 50 %). Quatre pays répondent à cette définition : le Sénégal, le Congo, Djibouti, l'Afrique du Sud, auxquels on peut ajouter Maurice, dont le taux d'urbanisation en 2005 était de 44 %. Il s'agit donc de pays qui ont déjà effectué « leur basculement urbain », comme le Gabon, le Cap-Vert, la Réunion et récemment la Guinée équatoriale, ainsi que la Mauritanie, le Cameroun et le Botswana. Tous ces pays majoritairement urbains sont des pays ayant une façade maritime, à l'exception du Botswana.

Ces évolutions contrastées sont le résultat de plusieurs facteurs. Les activités minières et d'extraction de pétrole, ainsi que le dynamisme du secteur des plantations expliquent largement les urbanisations plus

3. L'Afrique subsaharienne compte 14 pays enclavés au total.

rapides de pays tels que la Mauritanie, le Botswana, le Gabon, la Guinée équatoriale, le Congo, mais aussi les urbanisations rapides du Cameroun, du Nigeria, de la Côte d'Ivoire et du Ghana. Cette urbanisation s'est accompagnée dans la plupart de ces pays d'un certain abandon des modes de vie traditionnels. Les facteurs politiques – régimes autoritaires, troubles intérieurs, guerres civiles, mouvements de réfugiés, etc. – ont eu des effets divers. Dans certains cas, ils ont peut-être favorisé le départ vers les villes (Sierra Leone, Mozambique, Soudan, etc.), dans d'autres, le repli vers les zones rurales (Burundi, Rwanda, Ouganda, etc.). Toutefois, l'absence de recensement pendant les périodes troublées rend difficile l'appréciation de l'ampleur de ces mouvements. Les sécheresses, famines et autres catastrophes ont aussi été à l'origine de mouvements, plus ou moins importants, temporaires ou définitifs, des zones rurales affectées vers les villes. Ainsi, la sécheresse qui a frappé les pays du Sahel en 1973-1974, puis en 1984, a poussé vers la ville de nombreux ruraux. Mais, si l'on estime que la croissance des populations urbaines du Niger, du Burkina Faso et de la Mauritanie a fortement augmenté dans les années 1970, rien de tel n'a été supposé pour le Mali.

Dans ce panorama quelque peu troublé, où les tendances lourdes de l'urbanisation sont perturbées par des facteurs politiques et climatiques plus conjoncturels et en interaction, l'évolution des taux d'accroissement annuels moyens des populations urbaines et rurales apparaît irrégulière, mais avec une tendance marquée à la baisse pour la période récente. Les migrations rurales-urbaines ont pu représenter 60 à 70 % de la croissance urbaine totale dans les années 1970 et 1980. Mais aujourd'hui, avec un accroissement naturel urbain devenu plus important, les migrations rurales-urbaines sont minoritaires. Comme le soulignent Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison, ce recul du poids relatif des migrations rurales dans la croissance urbaine a d'abord une explication structurelle. Ainsi, avec une population rurale alors égale à 85 % de la population totale, « le réservoir rural dans les années 1960 était environ 6 fois plus peuplé que les villes, de sorte que l'arrivée en ville de 1 % de migrants ruraux équivalait à 6 % d'accroissement de la population urbaine » (Dubresson et Raison, 2003 : 112). Dans les années 1990, la population rurale représentant les deux tiers de la population totale, le rapport n'était plus que de deux à un. Ainsi, « 1 % de migrants ruraux ne contribuait plus qu'à 2 % de croissance de la population urbaine » (*ibid.* : 113). Cet effet mécanique n'explique pas tout, puisque nombre de villes sont devenues des lieux de départ, vers l'étranger mais aussi vers les zones rurales où reviennent un certain nombre de néocitadins. C'est pourquoi « il n'est pas toujours aisé de distinguer les permanences et les ruptures par rapport à des systèmes circulatoires antérieurs fondés sur des va-et-vient entre villes et campagnes » (*ibid.* : 112). La combinaison de ces facteurs explique le

ralentissement des taux de croissance des populations urbaines observé dans les années 1980 et 1990. L'époque des fortes croissances urbaines, de 7 % et plus par an, fréquentes jusqu'au début des années 1980 et qui impliquaient un doublement des populations urbaines tous les dix ans, est donc révolue. Selon les estimations des Nations unies, pour la période 2000-2005, un seul pays, le Rwanda, qui constitue un cas particulier, avait un taux de croissance de sa population urbaine supérieur à 7 % par an, et seulement 1 pays sur 3 (15 sur 48) avait encore une croissance urbaine relativement forte, comprise entre 5 % et moins de 7 % par an. Mais 1 pays sur 4 (13 pays) avait une croissance urbaine plutôt faible, inférieure à 3 % par an. Finalement, l'écart entre le taux de croissance urbaine et le taux de croissance rurale était inférieur ou, au plus, égal à 2 points de pourcentage dans un tiers des pays, ce qui est relativement faible. À noter que ce ralentissement de la croissance urbaine est susceptible de remettre en cause les anciennes projections de populations réalisées pour plusieurs villes et capitales pour l'élaboration de schémas d'aménagements urbains.

Modèles urbains mono-macrocéphales et pluricéphales

L'extraordinaire croissance des populations urbaines en Afrique subsaharienne depuis 1950 s'est accompagnée de la multiplication d'agglomérations millionnaires et multimillionnaires, et ceci dans des configurations urbaines variées. En 1950, l'Afrique subsaharienne ne comptait aucune agglomération de plus d'un million d'habitants et elle n'en comptait qu'une en 1960 : Johannesburg, en Afrique du Sud. Les Nations unies estimaient qu'en 2005, 27 des 48 pays de la région, soit plus de la moitié, ne comptaient aucune agglomération d'un million d'habitants. Dans les 21 autres pays, on comptait cependant 36 agglomérations millionnaires. Dans 16 pays, il n'y avait qu'une seule ville millionnaire, la capitale, dans tous les cas sauf un (United Nations, 2006b). Dans les 5 autres pays, plusieurs agglomérations dépassaient donc le million d'habitants. Il s'agissait de l'Afrique du Sud (6 agglomérations), du Nigeria (5 agglomérations), de la République démocratique du Congo (4 agglomérations), du Cameroun (2 agglomérations) et du Ghana (2 agglomérations). On retrouve ici les pays les plus peuplés d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Afrique australe, mais pas l'Éthiopie, pays le plus peuplé d'Afrique de l'Est, où seule la capitale, Addis-Abeba, dépassait le million d'habitants (près de 3 millions en 2005). L'agglomération la plus peuplée d'Afrique subsaharienne est Lagos, qui compte aujourd'hui plus de 10 millions d'habitants. Viennent ensuite 6 agglomérations avec des populations comprises entre 3 et 6 millions d'habitants (par ordre décroissant : Kinshasa, Khartoum,

Abidjan, Johannesburg, Le Cap et Kano), 9 agglomérations avec des populations comprises entre 2 et moins de 3 millions d'habitants, et enfin 20 agglomérations avec des populations comprises entre 1 et moins de 2 millions d'habitants (United Nations, 2006b).

On est donc bien ici dans des configurations urbaines complexes et différentes, avec des pays pluricéphales (plusieurs villes millionnaires), des pays monocéphales (une seule ville millionnaire) et des pays sans ville millionnaire. Dans les pays pluricéphales, la somme des populations des villes millionnaires représente, en République démocratique du Congo et en Afrique du Sud, la moitié de la population urbaine, mais au Cameroun, au Ghana et au Nigeria seulement un tiers. Dans les pays monocéphales, la population de la ville millionnaire représente en gros entre la moitié et le quart de la population urbaine totale. Ainsi, Lomé, Brazzaville, Conakry, Mogadiscio, Dakar et Abidjan représentent autour de 50 % de la population urbaine totale des pays concernés. Bamako, Luanda, Harare, Antananarivo, Lusaka, Khartoum, Dar es Salam et Addis-Abeba, quant à elles, ne comptent qu'environ un tiers à un quart des populations urbaines de leurs pays respectifs.

On observe pour ces villes millionnaires, comme pour l'ensemble des populations urbaines, un ralentissement de leur croissance qui relève de facteurs divers et pas toujours clairs. Il peut s'agir d'une recomposition des mouvements migratoires en fonction de facteurs politiques et économiques, et/ou d'une redirection de ces mouvements vers les villes secondaires. Néanmoins, même si les rythmes de l'urbanisation sont moins rapides et ses modalités différenciées, les populations concernées et les défis correspondants sont considérables, voire abyssaux. La plupart de ces grandes villes sont en effet passées de quelques centaines, voire dizaines de milliers d'habitants en 1950, à plusieurs millions aujourd'hui, sans que les infrastructures, les logements, les emplois et les services urbains suivent. C'est ainsi que Lagos, qui avait moins de 300 000 habitants en 1950, en a aujourd'hui 11 millions ; Kinshasa et Khartoum, qui en avaient moins de 200 000, en ont aujourd'hui respectivement 6 et 4,5 millions ; Abidjan, qui avait à peine 60 000 habitants en 1950, en a aujourd'hui plus de 3,5 millions ; Nairobi, Dar es Salam et Luanda, qui en avaient autour de 100 000, approchent aujourd'hui les 3 millions. La raréfaction des emplois réguliers salariés dans les villes, au cours des années 1980, ainsi que les crises multiformes qui ont touché alors la plupart des pays (crises économiques consécutives à l'effondrement des prix des matières premières et du renchérissement du prix du pétrole, crises sociales, conséquences des plans d'ajustement structurel, crises politiques et faillite des États) ont conduit à l'accélération de l'informalisation des économies et à une réduction du pouvoir d'achat de la majorité des citadins. Alain Dubresson et Jean-Pierre Raison notent eux aussi que

la difficulté de vivre en ville a longtemps été amortie par « les pratiques citadines et la vitalité des réseaux sociaux [mais que] ces divers filets sociaux et économiques paraissent proches de la rupture alors que l'étroit contrôle social qui permettait de réguler les tensions internes a perdu en efficacité. Après avoir plutôt fonctionné comme une machine intégratrice, la cité est désormais un lieu sinon d'exclusion, du moins d'éviction en particulier du marché du travail » (Dubresson et Raison, 2003 : 121). Éviction qui facilite par ailleurs la criminalisation croissante des économies urbaines africaines.

Les diverses tentatives d'organiser la ville par la maîtrise du foncier, par la construction de lotissements et d'immeubles collectifs « ont finalement concouru à l'exclusion de très nombreux citadins de l'espace urbain légal ». Les politiques de destruction des bidonvilles, « les déguerpissements » n'ont pas permis non plus d'enrayer la croissance urbaine. Cette urbanisation se poursuit donc de manière toujours largement incontrôlée et, d'ici 2030, 3 pays sur 4 devraient être majoritairement urbains contre 1 sur 4 aujourd'hui. Ce « basculement urbain » s'accompagnera de nouvelles demandes en services, infrastructures, ramassage et stockage des déchets urbains, etc., qui s'ajouteront aux demandes actuelles largement insatisfaites. Il s'accompagnera aussi d'une demande croissante en produits alimentaires que le monde rural ne sera pas nécessairement en mesure de fournir partout, compte tenu de la faible productivité des systèmes agraires traditionnels toujours dominants et de l'organisation déficiente des marchés. Dans ces conditions, il n'est pas exclu que les villes doivent importer ou recevoir de plus en plus les produits vivriers dont elles auront besoin des pays du Nord excédentaires. Cette possible fracture alimentaire appelle à la réflexion, car elle serait préjudiciable à la nécessaire articulation des économies rurales et urbaines africaines (Guengant et Banoin, 2004 ; Collomb, 1999). Pourtant, comme le dit Roland Pourtier, « l'Afrique qui verra le jour demain s'enfante dans les villes dont aucun pouvoir n'a pu canaliser la vertigineuse croissance » (Pourtier, 2006). De fait, non seulement l'avenir économique, mais aussi l'avenir politique et social (le succès de la lutte contre la pauvreté en particulier) de l'Afrique subsaharienne se joueront effectivement en grande partie dans les villes.

Migrations internationales : entre installation et circulation Nord et Sud

Autre forme de mobilité spatiale, les migrations internationales africaines doivent être resituées dans le contexte mondial afin de dépasser les nombreux clichés dont elles sont aujourd'hui l'objet. Les Nations unies estimaient ainsi en 2005 le nombre de migrants internationaux dans le monde à près de 200 millions (191 millions dont 13,5 millions de réfu-

giés) (United Nations, 2006c ; UNHCR, 2007)[4]. Après une augmentation modérée dans les années 1960 et 1970, les stocks de migrants internationaux, tels qu'ils sont comptabilisés par les Nations unies (voir encadré), ont fortement augmenté dans les années 1980[5]. Depuis le début des années 1990, le nombre de migrants internationaux augmenterait ainsi en moyenne de 2 à 3 millions par an, contre 600 000 dans les années 1960 (Guengant, 2006). Autre fait nouveau, l'accroissement, entre 1990 et 2005, du nombre de migrants internationaux, qui est de 36 millions, s'est fait pour l'essentiel dans les pays développés (33 millions contre 3 millions seulement pour les pays en développement). Les migrations Sud-Sud, longtemps les plus importantes, ont donc perdu leur prééminence au profit des migrations Sud-Nord. C'est ainsi que 60 % des migrants internationaux résident aujourd'hui dans des pays développés, la moitié d'entre eux étant des femmes. Par pays d'origine, les migrants internationaux les plus nombreux sont les Chinois (estimés à 35 millions), puis les Indiens (20 millions), les Philippins (7 millions). Dix millions de personnes nées au Mexique ont également été recensées aux États-Unis en 2000 (mais les personnes « d'origine mexicaine », dans ce pays, étaient estimées en 2004 à 26 millions).

Les migrations internationales concernant l'Afrique subsaharienne comprennent d'une part les migrations intrarégionales (entre pays d'Afrique subsaharienne) et d'autre part les migrations extrarégionales (vers d'autres pays). Les Nations unies estimaient les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne à 15,9 millions en 2005 (y compris 2,8 millions de réfugiés) (United Nations, 2006c). Par ailleurs, les personnes nées en Afrique subsaharienne résidant dans un pays de l'OCDE étaient estimées vers 2000 à près de 4 millions (OCDE, 2005). Certes, ces données ne sont pas exhaustives puisqu'un certain nombre de Subsahariens sont présents dans d'autres pays que ceux de l'OCDE, en particulier en Afrique du Nord. Elles suggèrent cependant que le nombre de migrants internationaux subsahariens devait être au début des années 2000 de l'ordre de 20 millions (dont trois quarts en Afrique subsaharienne et un quart dans les pays de l'OCDE), ce qui représente environ 10 % du total des migrants internationaux dans le monde, pourcentage proche des 12 % que représente l'Afrique subsaharienne dans la population mondiale.

---

4. Les rapports statistiques du HCR concernant les réfugiés et les demandeurs d'asile sont disponibles en ligne de l'année 1994 à l'année 2005 : http://www.unhcr.org/statistics.html.

5. L'augmentation entre 1980 et 1990 (de 99 à 155 millions, soit 56 millions de migrants) comprend les 27 millions de personnes (soit la moitié) qui, du fait de l'éclatement de l'URSS, sont devenues des migrants internationaux parce que nées hors de l'une des ex-Républiques soviétiques où elles résident.

« Sources d'information sur les migrations internationales »

Deux nouvelles sources majeures d'information sur les migrations internationales dans le monde, qui concernent aussi l'Afrique subsaharienne, sont disponibles depuis 2005.

Il s'agit d'abord de la base de données de la Division de la population des Nations unies, qui donne des estimations globales, quinquennales de 1960 à 2005, du nombre de migrants internationaux résidant dans chaque pays (United Nations, 2006c). Ces estimations s'appuient essentiellement sur le nombre de personnes nées hors du pays où elles résident (ou ayant une nationalité différente de ce pays), donné par les recensements de population, auxquels sont ajoutés les réfugiés relevant du HCR, ou Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR, 2007). Trente-huit pays d'Afrique subsaharienne sur quarante-huit ont organisé au moins trois recensements entre 1945 et 2004, et vingt-six pays, au moins quatre recensements (US Bureau of Census, 2007). Les estimations du stock de migrants internationaux dans chaque pays depuis 1960 ont ainsi été construites par interpolation, rétropolation et extrapolation à partir de ces données, auxquelles ont été ajoutés les réfugiés pris en charge par le HCR pour les années considérées. Du fait de leur construction, les estimations des Nations unies sont donc des photographies, tous les 5 ans, des stocks de migrants (et de réfugiés) installés dans divers pays, depuis plus ou moins longtemps, de manière définitive ou temporaire, en situation régulière ou non. Elles comprennent donc une fraction, variable selon les pays, de migrants illégaux. On notera à ce sujet que le nombre de « sans papiers » en 2005 se situait entre 10 et 12 millions aux États-Unis et entre 7 et 8 millions en Europe. Mais ces chiffres varient rapidement en fonction des opérations de régularisation. Il y a eu 19 opérations de ce type dans les années 1990, et 14, dont 10 en Europe, entre 2000 et 2005 (Nations unies, 2006). Au total, compte tenu de la date des derniers recensements pris en compte, on peut considérer que les estimations des Nations unies reflètent de manière acceptable l'évolution des stocks de migrants internationaux jusqu'en 2000. Par contre, les extrapolations en 2005 peuvent être, dans certains cas, discutées.

La seconde source d'information, également nouvelle, sur les migrations internationales est constituée des dernières publications de l'OCDE. Il s'agit du rapport 2004 sur « les tendances des migrations internationales », qui contient pour la première fois des données sur les migrants internationaux recensés dans 29 des 30 pays membres autour de l'année 2000 (OCDE, 2005). Les pays membres de l'OCDE comprennent 27 pays dits du « Nord » considérés comme développés : 22 pays d'Europe de l'Ouest, d'Europe du Nord et d'Europe centrale, les États-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, ainsi que 3 pays dits du « Sud » ou en développement, à savoir le Mexique, la Corée et la Turquie. La seconde publication de l'OCDE à prendre en considération est le premier rapport 2006, « Perspectives des migrations internationales », qui remplace les rapports « Tendances des migrations internationales » et qui contient les premières statistiques harmonisées sur les flux d'immigration à long terme dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2006 et 2007).

Malheureusement, concernant les divers pays d'Afrique subsaharienne, l'archivage des données et des publications, que celles-ci soient anciennes ou plus récentes, a souvent été déficient. De plus, les conditions d'accès aux données, dans nombre de pays (procédures administratives, restrictions posées, coûts), constituent souvent un obstacle à leur diffusion. Il est difficile dans ces conditions de disposer d'un nombre suffisant de recensements ou de résultats d'enquêtes pour arriver à un ensemble de données qui permettrait de se faire une idée de l'évolution des mouvements migratoires (nombre, origine, destination des migrants) en Afrique subsaharienne.

Examinons d'abord les migrations intrarégionales. S'agissant de données de stocks incluant les réfugiés, le chiffre de 15,9 millions de migrants intrarégionaux en Afrique subsaharienne, donné par les Nations unies pour 2005, est à la fois le reflet de mouvements intrarégionaux plus ou moins anciens et de mouvements importants, plus récents, de réfugiés. En fait, on observe en Afrique subsaharienne une évolution inverse à celle du monde considéré globalement. En effet, le nombre de migrants internationaux y a augmenté de manière substantielle entre 1960 et 1980 (de 8 à 13 millions), mais plus modestement entre 1980 et 2005 (de 13 à près de 16 millions). Les migrants internationaux présents en Afrique subsaharienne, qui représentaient donc près de 3,5 % de la population totale de la région en 1960 et 1980, n'en représentaient plus que 2,0 % en 2005.

L'explosion du nombre des réfugiés relevant du HCR au cours de cette période explique en partie ces évolutions. Ainsi, en 1960, 75 000 réfugiés seulement étaient pris en charge par le HCR, dans un seul pays : la République démocratique du Congo. En 1980, les réfugiés relevant du HCR en Afrique subsaharienne étaient au nombre de 3,5 millions et représentaient près de 40 % des réfugiés dans le monde. Après avoir atteint un maximum de 5 millions dans les années 1990, le nombre des réfugiés est redescendu à 3,4 millions en 2000 et à 2,8 millions en 2005. Ces réfugiés étaient présents en 2005 dans 40 pays sur 48, en nombres cependant très variables selon les années et les pays (de moins de 1 000 à plus de 100 000), suivant l'évolution des conflits, des prises en charge et des retours. Ainsi, le Tchad, qui ne comptait que 21 000 réfugiés en 2000, en comptait 346 000 en 2005, ce qui le plaçait en seconde position derrière la Tanzanie, où le nombre de réfugiés restait proche de 600 000. L'Ouganda et le Kenya avaient toujours en 2005 un nombre de réfugiés supérieur à 200 000. Par contre, le nombre de réfugiés relevant du HCR était en 2005 nettement moindre qu'en 2000 en Guinée (quatre fois moins), en Éthiopie et en Côte d'Ivoire (deux fois moins), ainsi qu'en République démocratique du Congo et en Zambie. Ainsi, les réfugiés subsahariens ne représentaient plus en 2005 que 20 % des réfugiés dans le monde. Les pays qui accueillent des réfugiés relevant du HCR restent cependant nombreux, ce qui reflète l'extension des conflits en Afrique au cours des vingt/trente dernières années et la durabilité de leurs conséquences. Hors mouvements de réfugiés, l'évolution du nombre de migrants internationaux en Afrique subsaharienne a été la suivante : 8 millions en 1960, 10 millions en 1980 et 13 millions en 2005. On notera qu'entre 1995 et 2005, l'augmentation moyenne du nombre de migrants internationaux (toujours hors réfugiés) s'établit à près de 250 000 par an.

Les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne sont concentrés dans un petit nombre de pays. Ainsi en 2000, le tiers des migrants internationaux en Afrique subsaharienne était concentré dans

3 pays : la Côte d'Ivoire (2,3 millions), le Ghana (1,5 million) et l'Afrique du Sud (1 million) (tableau 5). Venaient ensuite 9 pays avec un nombre de migrants compris entre 500 000 et 900 000 (parmi lesquels nombre de réfugiés pris en charge par le HCR). Il s'agit, par ordre décroissant, de la Tanzanie, du Soudan, du Nigeria, de la Guinée, de la République démocratique du Congo, de l'Éthiopie, du Zimbabwe, du Burkina Faso et de l'Ouganda. Si l'on considère les migrants hors réfugiés, il reste 7 pays avec un nombre de migrants supérieur à 500 000 : la Côte d'Ivoire (2,2 millions), le Ghana (1,5 million), l'Afrique du Sud (1 million), puis le Soudan, le Nigeria, le Zimbabwe et le Burkina Faso, qui totalisent plus de la moitié des migrants internationaux hors réfugiés de la région. Ici aussi, la situation est le résultat d'évolutions divergentes. En 1960, c'est la République démocratique du Congo qui concentrait le plus grand nombre de migrants internationaux (1 million), suivie de près par l'Afrique du Sud (937 000), l'Ouganda (772 000), la Côte d'Ivoire (640 000) et le Ghana (550 000), qui comptaient alors à eux cinq la moitié des migrants. Quarante ans plus tard, du fait à la fois des mouvements de réfugiés et des migrations de travail, quelques pays seulement avaient un nombre de migrants beaucoup plus important qu'en 1960, 3 à 4 fois plus en Côte d'Ivoire, au Soudan et au Ghana, et un peu moins de 2 fois plus en Tanzanie, au Zimbabwe et en Éthiopie. Dans les autres pays, le nombre de migrants est soit resté à peu près stable comme en Afrique du Sud, soit a diminué comme en République démocratique du Congo et en Ouganda.

Ces évolutions divergentes sont le résultat de facteurs très divers. Dans certains cas, l'accession à l'indépendance, l'existence de régimes autoritaires, les conflits, guerres civiles et autres troubles se sont traduits par de nombreux départs : départs des fonctionnaires coloniaux vers l'Europe, retour au pays d'anciens migrants, ou encore départs temporaires ou définitifs de nationaux vers les pays voisins, devenus ainsi pays d'accueil sans que ces personnes déplacées soient nécessairement prises en charge par le HCR. Dans d'autres cas, les migrations sont clairement des migrations de travail, plus ou moins anciennes, imputables au développement des activités minières, de l'extraction du pétrole, des plantations et d'activités connexes. Dans le cas de l'Afrique du Sud, les migrations en provenance des pays voisins ont commencé à la fin du XIX^{e} siècle avec le développement des mines d'or et de diamant, et elles se sont amplifiées tout au long du XX^{e} siècle. Les migrations vers le Ghana sont le prolongement des migrations de travail de l'entre-deux-guerres vers les plantations de cacao de ce qui était alors la « *Gold Coast* ». Elles ont été suivies, dans les années 1950 et 1960, par les migrations vers la Côte d'Ivoire. La multiplication, par 8 au Nigeria et par 10 au Gabon, du nombre de migrants internationaux entre 1960 et 2000 est liée au développement de l'extraction du pétrole et des activités connexes dans ces pays.

Tableau 5. Migrants internationaux en 1960, 1980 et 2005 et réfugiés (en milliers)

Pays	Migrants internationaux			Total réfugiés		Migrants internationaux hors réfugiés	
	en 1960	en 1980	en 2005	en 1980	en 2005	En 1980	En 2005
Afrique de l'Ouest							
Bénin	34	57	175	0	5	57	170
Burkina Faso	63	170	773	0	1	170	772
Cap-Vert	7	8	11	0	0	8	11
Côte d'Ivoire	639	1 521	2 371	0	70	1 521	2 301
Gambie	32	75	232	0	7	75	224
Ghana	552	421	1 669	0	41	421	1 628
Guinée	152	206	406	0	121	206	285
Guinée-Bissau	12	13	19	0	8	13	12
Liberia	29	81	50	0	10	81	40
Mali	126	71	46	0	12	71	34
Mauritanie	12	34	66	0	0	34	65
Niger	54	94	124	0	0	94	123
Nigeria	94	1 315	971	50	8	1 265	963
Sénégal	168	119	326	5	21	114	305
Sierra Leone	56	89	119	0	68	89	51
Togo	101	152	183	0	11	152	173
Afrique centrale							
Angola	122	90	56	71	14	19	42
Cameroun	159	199	137	74	59	125	78
Centrafrique	42	55	76	4	19	51	58
Congo	26	76	288	0	59	76	228
Congo (R.D.)	1 007	1 365	539	661	184	704	355
Gabon	21	95	245	25	14	70	231
Guinée équatoriale.	19	5	6	0	0	5	6
Sao Tomé et Principe	5	7	7	0	0	7	7
Tchad	55	67	437	0	346	67	91
Afrique de l'Est							
Burundi	126	224	100	143	53	81	47
Comores	2	18	67	0	0	18	67
Djibouti	2	40	20	37	15	3	6
Erythrée	8	10	15	0	4	10	10
Ethiopie	393	404	555	11	109	393	446
Kenya	160	160	345	5	241	155	104
Madagascar	40	55	63	0	0	55	63
Malawi	298	287	279	0	4	287	275
Maurice	10	10	21	0	0	10	21
Mozambique	9	105	406	75	1	30	405
Ouganda	772	678	518	113	261	565	257
Réunion	7	33	142	0	0	33	142
Rwanda	31	51	121	9	59	42	62
Somalie	11	1 606	282	1 588	0	18	281
Tanzanie	477	557	792	160	580	397	213
Zambie	361	279	275	47	152	232	123
Zimbabwe	382	576	511	0	5	576	506
Afrique australe							
Afrique du Sud	937	983	1 106	0	28	983	1 078
Botswana	9	15	80	12	3	3	77
Lesotho	3	9	6	5	0	4	6
Namibie	15	59	143	0	13	59	131
Swaziland	17	34	45	5	1	28	45
Soudan	242	719	639	422	143	297	495
Afrique subsaharienne	7 901	13 301	15 870	3 522	2 750	9 779	13 119

Source : United Nations (2006c).

Ceci dit, l'évolution très irrégulière du nombre de migrants dans ces divers pays est le reflet des hauts et des bas de leurs économies, dont la prospérité est largement tributaire des cours mondiaux des matières premières, mais aussi de la gestion politique de leurs immigrations. Ainsi, en 1969, le Ghana, alors en pleine crise économique et politique, a réglementé le séjour des étrangers et expulsé quelque 200 000 migrants, notamment des Nigérians, des Nigériens et des Voltaïques (aujourd'hui Burkinabè) (Mounkaila, 2003). Le Nigeria a expulsé lui aussi plusieurs centaines de milliers de migrants qualifiés d'immigrants illégaux, une première fois en 1983, puis à nouveau en 1985 (on a parlé alors de 700 000 expulsions, dont 300 000 Ghanéens). En 1995, le Gabon, qui comptait alors quelque 150 000 immigrants, a fixé un ultimatum à tous les étrangers, les obligeant à régulariser leur situation ou à quitter le pays, ce qui a entraîné des départs. La Côte d'Ivoire a adopté en 1975 une politique d'« ivoirisation » des emplois afin de limiter le rôle des étrangers dans la société ivoirienne. En 1991, une carte de séjour obligatoire a été imposée aux étrangers, en contradiction avec le protocole de 1979 sur la libre circulation, le droit de résidence et d'établissement des personnes à l'intérieur de la CEDEAO[6], dont la Côte d'Ivoire est membre. En Afrique du Sud, le démantèlement du régime d'apartheid en 1994 a marqué la fin d'une politique qui favorisait une immigration blanche et entraînait volontairement la précarité des conditions de séjour des travailleurs des pays voisins. La nouvelle politique mise en place a conduit cependant entre 1994 et 2003 à l'expulsion de près d'un million de « sans papiers » originaires notamment du Mozambique, du Zimbabwe et du Lesotho (Crush, 2003). En 2002, une nouvelle politique d'immigration, restrictive et sélective, a été adoptée. La fin de l'Apartheid a cependant favorisé les échanges avec les pays voisins et le nombre de visas de court séjour pour tourisme ou affaires est passé de moins de 4 millions en 1992 à près de 10 millions en 1999.

L'histoire récente des migrations intrarégionales africaines est ainsi ponctuée de flux et de reflux, de retours forcés et de nouveaux départs, avec la recomposition permanente des espaces de circulation et de migration. En Afrique de l'Ouest par exemple, la diminution du nombre de migrants au Ghana dans les années 1960 et 1970 s'est accompagnée d'une augmentation parallèle de leur nombre en Côte d'Ivoire. De même, la stagnation du nombre de migrants en Côte d'Ivoire dans les années 1990 s'est accompagnée d'une forte augmentation au Ghana, où le nombre de personnes nées hors du pays a triplé entre les recensements de 1984 et 2000, pour atteindre 1,5 million. Il en a été de même au Nigeria,

6. Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest.

où le nombre de migrants internationaux serait proche aujourd'hui du million, après être tombé autour de 300 000 après les expulsions de 1985. Une autre conséquence des difficultés économiques qu'a connues la sous-région, en particulier la Côte d'Ivoire depuis les années 1980, a été le retour de centaines de milliers de personnes nées au Burkina Faso, ou nées en Côte d'Ivoire ou au Ghana de parents burkinabè. Le nombre de personnes nées hors du Burkina Faso et qui y résident serait ainsi passé, selon les Nations unies, de moins de 200 000 en 1980 à 350 000 en 1990, et à près de 600 000 en 2000. Les dynamiques qui sous-tendaient les migrations africaines intrarégionales au cours du XX^{e} siècle paraissent donc très perturbées.

Si l'on ne considère que l'évolution des stocks de migrants, on pourrait dire que les migrations intrarégionales sont en panne en Afrique subsaharienne. Elles ne semblent concerner aujourd'hui, en immigration, que quelques pays comme le Ghana, le Nigeria, le Gabon, en plus des migrations traditionnelles de proximité entre pays voisins. En effet, l'augmentation récente (environ 250 000 par an) des stocks de migrants hors réfugiés, notée plus haut, représente moins de 2 % des arrivées annuelles sur les divers marchés du travail d'Afrique subsaharienne (que l'on peut estimer à 14 millions pour les deux sexes au début des années 2000). Mais l'essentiel est peut-être ailleurs. Les variations de stocks de personnes nées hors du pays où elles ont été dénombrées ne représentent en effet qu'une petite fraction de l'ensemble des déplacements des Subsahariens. Ces déplacements sont peut-être davantage des mobilités fondées sur des va-et-vient non seulement entre villes et campagnes, mais aussi entre pays voisins, pays lointains, voire pays de transit, dans un périple vers le Nord. Ces va-et-vient sont d'ailleurs favorisés par le développement des moyens de transport et de communication. Les données collectées en Afrique australe sont intéressantes à ce sujet. D'un côté, en effet, le stock de migrants internationaux en Afrique du Sud, pays traditionnel d'immigration pour les pays voisins, reste autour d'un million depuis les années 1960. D'un autre côté, des données d'enquêtes révèlent qu'entre un tiers et un quart des Mozambicains et des Zimbabwéens ont résidé en Afrique du Sud et qu'il en est plus ou moins de même pour le quart, voire la moitié de leurs parents et grands-parents (Crush, 2003). Malheureusement, il n'existe pas de données comparables pour d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

En ce qui concerne les migrations extrarégionales, on l'a vu, le nombre de personnes nées en Afrique subsaharienne et résidant dans un pays de l'OCDE était estimé, vers 2000, à près de 4 millions (OCDE, 2005). Ces mouvements vers le « Nord » – puisque les pays de l'OCDE sont essentiellement des pays du Nord (voir encadré *supra*) – sont en partie, pour la période récente, la conséquence des regroupements fami-

liaux autorisés par les pays d'accueil. Comme les migrants internationaux résidant en Afrique subsaharienne, les Subsahariens résidant dans les pays de l'OCDE sont concentrés dans un petit nombre de pays. Ainsi, 5 pays concentrent les trois quarts des Subsahariens au « Nord ». Il s'agit des États-Unis (930 000 Subsahariens), du Royaume-Uni (812 000), de la France (565 000), du Portugal (348 000) et du Canada (271 000) (OCDE, 2005). On notera que les États-Unis et le Canada sont des pays d'immigration relativement ouverts quoique l'immigration y soit très réglementée et sélective, alors que les trois autres pays sont d'anciennes puissances coloniales. En fait, les principaux pays d'origine des migrants reflètent autant les anciens liens coloniaux que les conflits, les guerres civiles et les autres troubles qui les ont affectés. Les 9 pays pour lesquels on a dénombré plus de 100 000 émigrés dans les pays de l'OCDE sont en effet l'Afrique du Sud (environ 350 000), le Nigeria (250 000), le Kenya (200 000) ainsi que le Ghana, la Somalie, l'Angola, l'Éthiopie, le Sénégal et le Congo (entre 150 000 et 100 000). Plus de la moitié des quelque 3 millions de migrants originaires d'Afrique subsaharienne, pour lesquels on dispose de données détaillées par pays d'origine (OCDE, 2005), viennent de ces pays. Les niveaux d'éducation y sont variables. Mais on notera que la moitié des migrants originaires du Nigeria et d'Afrique du Sud, et environ le tiers des migrants originaires du Kenya, du Ghana, d'Éthiopie et du Congo sont qualifiés (avec un niveau d'éducation tertiaire). On notera aussi que, pour les migrants de plusieurs de ces pays, les pays de destination sont diversifiés. C'est le cas en particulier de ceux originaires d'Afrique du Sud, du Nigeria, du Ghana (qui sont aussi les principaux pays d'accueil des immigrants en Afrique subsaharienne) et du Sénégal.

Que peut-on retenir de cette diversité d'évolutions ? Tout d'abord que les migrations internationales concernant l'Afrique subsaharienne ne peuvent pas se réduire, malgré la forte médiatisation dont elles sont l'objet, à des migrations de pauvreté ou de désespérance, et aux mouvements de réfugiés. Jusque dans les années 1980 ou 1990, ces migrations semblent être restées majoritairement des migrations intrarégionales. Ceci dit, le basculement récent de ces migrations vers le Nord reste à documenter. Les causes des migrations concernant l'Afrique subsaharienne sont aussi diverses que celles observées ailleurs dans le monde. Il s'agit, selon les auteurs, les lieux et les époques, du jeu de facteurs « *pull/push* », de l'importance des réseaux migratoires et de l'enracinement de cultures de migration, de la segmentation des marchés du travail au Nord, qui réservent de nombreux emplois non qualifiés aux immigrés du Sud, et de la mondialisation, qui favorise la mobilité du travail, à travers notamment le développement des moyens d'information, de transport et de communications. Pourtant, les migrations internationales concernant l'Afrique

subsaharienne apparaissent aujourd'hui, on l'a vu, relativement modestes, qu'elles soient intrarégionales ou dirigées vers le Nord. En ce qui concerne les pays du Nord, il est vrai que « la sécurité et la lutte contre l'immigration irrégulière sont au cœur des politiques visant à assurer une meilleure maîtrise des flux migratoires », adoptées par ces pays (OCDE, 2006 : 25). Toutefois, « de nombreux pays ont adopté des mesures visant à faciliter le recrutement d'immigrés hautement qualifiés *via* la mise en œuvre ou l'amélioration des politiques sélectives et en attirant les étudiants étrangers considérés comme des travailleurs qualifiés potentiels ayant des liens étroits avec le pays d'accueil » (*ibid.*). C'est ainsi qu'en 2004 et 2005 quelque 3 à 3,5 millions d'immigrés sont officiellement devenus résidents de longue durée dans les pays de l'OCDE (y compris ceux séjournant déjà à titre temporaire dans leur pays d'accueil) et près de 1,5 million de travailleurs temporaires y ont été admis (OCDE, 2006 et 2007). Face à ces opportunités sur les marchés du travail du Nord, les migrants subsahariens sont en compétition, selon les pays d'accueil, avec des migrants venant d'Asie, d'Amérique latine, d'Afrique du Nord, mais aussi d'Europe de l'Est. Il est intéressant de remarquer que les ressortissants de ces pays ont généralement été plus nombreux que ceux des pays d'Afrique subsaharienne à bénéficier des nombreuses opérations de régularisation des « sans papiers » organisées depuis 1980 (OCDE, 2005). Dans la compétition pour « les emplois au Nord », les plus qualifiés parmi les candidats subsahariens à l'émigration ont certainement leurs chances, même si leur départ peut être préjudiciable au développement de leur pays d'origine. Par contre, ceux qui sont peu qualifiés, de loin les plus nombreux, ne sont pas nécessairement les mieux placés, du fait de la faiblesse des niveaux d'éducation, notamment secondaire et tertiaire, dans la plupart de leurs pays d'origine. Par ailleurs, le doublement attendu des arrivées sur les marchés du travail de l'Afrique subsaharienne (environ 14 millions par an au début des années 2000 et 27 millions au début des années 2030 pour les deux sexes) est de nature à créer de nouvelles tensions. Dans un contexte de migrations intrarégionales plus ou moins en panne et de migrations de plus en plus contrôlées vers les pays du Nord, ces arrivées massives de jeunes, en majorité peu éduqués, sur les marchés de l'emploi vont entraîner une intensification des mobilités. Ces mobilités seront-elles définitives, temporaires ou circulaires, principalement internes ou plutôt internationales, et dans ce dernier cas seront-elles légales ou illégales ? Il est difficile de répondre aujourd'hui à ces questions, mais il est clair que l'ampleur de ces mouvements risque fort de créer de nouvelles tensions, aux niveaux local, national, sous-régional et international, qu'il faudra bien gérer.

Des transitions démographiques hautes et longues

La poursuite d'une forte croissance démographique en Afrique subsaharienne, à l'exception de l'Afrique australe, est le résultat de transitions démographiques particulières, très différentes de celles observées en Asie et en Amérique latine.

Transitions asiatique, latino-américaine et subsaharienne : des différences majeures

La période « historique » de forte croissance de la population, pendant la transition démographique, correspond à la période pendant laquelle la mortalité baisse, alors que la baisse de la natalité n'est pas encore engagée ou vient de commencer. Ce processus, s'il est universel est cependant loin d'être homogène. Ainsi, les transitions démographiques observées en Europe ont généralement été des transitions plutôt longues et basses, c'est-à-dire souvent étalées sur une centaine d'années, voire plus, avec des maxima de croissance démographique bas, de l'ordre de 1 % par an. Les transitions observées pendant la seconde moitié du XX^{e} siècle en Asie et en Amérique latine, où elles sont aujourd'hui quasiment achevées, ont été souvent brèves et hautes, c'est-à-dire étalées sur un demi-siècle, avec des maxima de courte durée, situés entre 2 et 3 % par an. En Afrique subsaharienne, par contre, la transition démographique est haute et loin d'être achevée ; elle risque donc d'être longue ou même très longue selon les pays.

Par rapport aux autres régions du monde en développement, la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne a été plus tardive et plus lente ; elle est « en panne » depuis les années 1980 (cf. chapitre 2). Selon la reconstitution des dynamiques démographiques, réalisée par les Nations unies, la baisse de la mortalité déjà amorcée au début des années 1950 se traduisait alors par des taux bruts de 24 ‰ en Asie, 16 ‰ en Amérique latine et 27 ‰ en Afrique subsaharienne (United Nations, 2007) (voir tableau 6). Les espérances de vie à la naissance correspondantes étaient de 41 ans en Asie, 51 ans en Amérique latine et 38 ans en Afrique subsaharienne. Cette « surmortalité subsaharienne » était la conséquence de la faiblesse des systèmes de santé africains, développés plus tardivement et à des échelles plus modestes qu'ailleurs, et de la persistance de grandes endémies meurtrières. La poursuite de la baisse de la mortalité dans le monde en développement a conduit au début des années 1980 à des taux bruts sensiblement inférieurs en Asie, en Amérique latine, ainsi qu'en Afrique subsaharienne : respectivement 10 ‰, 8 ‰ et 17 ‰. Parallèlement, les espérances de vie à la naissance se sont accrues entre 1950-1955 et 1980-1985 de 20 ans en Asie, 14 ans en Amérique latine,

mais de 10 ans seulement en Afrique subsaharienne. En dépit donc des progrès accomplis, les écarts en défaveur de l'Afrique subsaharienne non seulement ne se sont pas réduits, mais se sont en fait même accrus. C'est ainsi qu'en 1980-1985 l'espérance de vie à la naissance en Afrique subsaharienne était toujours inférieure à 50 ans, alors qu'elle avait dépassé le cap des 60 ans en Asie et en Amérique latine.

Les années 1980 marquent le début d'une divergence d'évolution entre l'Asie et l'Amérique latine, d'une part, et l'Afrique subsaharienne, d'autre part. En effet, alors que les progrès se sont poursuivis à un rythme soutenu en Asie et en Amérique latine, ils se sont carrément arrêtés en Afrique subsaharienne. Du fait de la maîtrise quasiment achevée des principales causes de décès d'origine infectieuse en Asie et en Amérique latine, et du vieillissement de leurs populations (consécutif à la baisse continue de la fécondité depuis les années 1960 dans les deux régions), les taux bruts de mortalité n'ont diminué que de deux points entre 1980-1985 et 2000-2005. Mais les gains des espérances de vie à la naissance sont restés importants (7 ans dans les deux cas), ce qui a conduit pour la période 2000-2005 à des espérances de vie autour de 70 ans (68 en Asie et 72 en Amérique latine), proches de la moyenne enregistrée pour l'ensemble des pays développés (76 ans). En Afrique subsaharienne par contre, les taux bruts de mortalité se sont maintenus autour de 16 ‰, conséquence de la stagnation de l'espérance de vie à la naissance autour de 49/50 ans, pendant toute la période. Les causes de ce « recul sanitaire » sont variables selon les régions et les pays – impact de l'épidémie de VIH/Sida, détérioration des systèmes de santé, conséquences meurtrières des guerres – et ne sont pas exclusives. En Afrique australe, on assiste même, du fait de la forte prévalence du VIH/Sida, à un renversement spectaculaire, puisque entre 1990-1995 et 2000-2005 l'espérance de vie à la naissance a reculé de près de 10 ans (de 62 à 53 ans). Ce recul n'est que de 2 ans pour l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Est (de 48 à 46 ans et de 50 à 48 ans respectivement entre 1985-1990 et 2000-2005). Pour l'Afrique de l'Ouest en revanche, l'espérance de vie à la naissance aurait simplement stagné autour de 49/50 ans. Cette diversité des évolutions sous-régionales renvoie à des causes multiples sur lesquelles nous reviendrons. Notons qu'en Afrique du Nord la progression de l'espérance de vie à la naissance n'a pas été affectée, puisqu'elle est passée de 42 ans en 1950-1955 à 60 ans en 1985-1990, puis à 67 ans en 2000-2005, suivant en cela une évolution comparable à celle observée pour l'ensemble de l'Asie.

Tableau 6. Indices de transition démographique dans diverses régions du monde et sous-régions d'Afrique, de 1950-1955 à 2000-2005

Taux brut de mortalité (‰)

Régions/Sous-régions	Périodes										
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Asie	24	21	18	14	11	10	10	9	8	8	8
Amérique latine	16	14	12	11	10	9	8	7	7	6	6
Afrique subsaharienne	27	25	23	21	19	18	17	**16**	**16**	**16**	**16**
Afrique de l'Ouest	28	26	25	23	21	20	19	18	17	**16**	**16**
Afrique centrale	27	25	24	22	20	19	18	18	18	**19**	18
Afrique de l'Est	27	25	22	20	19	18	17	**16**	**16**	**16**	15
Afrique australe	21	18	17	15	13	12	10	9	8	**9**	**14**
Afrique du Nord	24	22	20	18	16	14	12	10	8	7	7

Espérance de vie à la naissance (en années)

Asie	41	44	48	54	57	59	61	63	65	66	68
Amérique latine	51	54	57	59	61	63	65	67	69	71	72
Afrique subsaharienne	38	40	42	44	46	47	49	50	**50**	**49**	**49**
Afrique de l'Ouest	36	38	40	42	44	45	47	**49**	**49**	**50**	**49**
Afrique centrale	37	39	41	43	45	47	48	**48**	**47**	**45**	**46**
Afrique de l'Est	37	40	42	44	46	48	49	**50**	**48**	**48**	**48**
Afrique australe	45	48	50	52	53	55	58	61	**62**	**60**	**53**
Afrique du Nord	42	44	46	49	51	54	57	60	63	65	67

Note : En gras souligné, les chiffres correspondant à la période d'arrêt ou de remontée de la mortalité (pour les taux bruts de mortalité et les espérances de vie à la naissance).

Taux brut de natalité (‰)

Asie	**43**	39	39	38	34	30	29	28	25	22	20
Amérique latine	**43**	42	41	38	35	33	31	28	25	23	22
Afrique subsaharienne	**49**	**49**	48	48	47	47	47	45	44	42	41
Afrique de l'Ouest	**50**	49	49	48	48	48	49	48	46	44	42
Afrique centrale	47	47	48	47	**48**	**48**	**48**	47	47	46	46
Afrique de l'Est	**51**	**50**	**50**	49	49	48	47	46	44	42	41
Afrique australe	**43**	**43**	42	39	39	37	35	31	29	26	25
Afrique du Nord	**49**	47	47	45	44	42	39	35	30	27	25

Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)

Asie	**5,9**	5,6	5,7	5,7	5,0	4,2	3,7	3,4	3,0	2,7	2,5
Amérique latine	5,9	5,9	**6,0**	5,5	5,0	4,5	3,9	3,4	3,0	2,7	2,5
Afrique subsaharienne	6,7	**6,8**	**6,8**	**6,8**	**6,8**	**6,8**	6,7	6,4	6,1	5,8	5,5
Afrique de l'Ouest	6,9	6,9	6,9	**7,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**	6,9	6,6	6,2	5,8
Afrique centrale	6,0	6,1	6,3	6,4	6,5	**6,6**	**6,6**	**6,6**	6,5	6,3	6,2
Afrique de l'Est	**7,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**	**7,0**	6,9	6,6	6,2	5,9	5,6
Afrique australe	**6,5**	**6,5**	6,3	5,8	5,6	5,1	4,7	4,1	3,5	3,1	2,9
Afrique du Nord	6,8	**7,0**	**7,1**	6,8	6,5	6,1	5,7	5,0	4,2	3,6	3,2

Note : En gras souligné, les chiffres correspondant aux maxima de natalité et de fécondité (pour les taux bruts de natalité et les indices synthétiques de fécondité).
Source : United Nations (2007).

En ce qui concerne la baisse de la fécondité, on peut dire qu'elle a été, comme la baisse de la mortalité, plus tardive et plus lente en Afrique subsaharienne que dans les autres régions du monde en développement. Et si son évolution n'a pas connu de rupture, contrairement à celle de la mortalité, on peut toutefois parler de fortes résistances à la baisse. Au début des années 1950, les taux bruts de natalité étaient de 43 ‰ en Asie et en Amérique latine, et de 49 ‰ en Afrique subsaharienne. Cette « surfécondité » subsaharienne correspondait alors à 6,7 enfants par femme, contre 5,9 en Asie et en Amérique latine. Elle s'explique par des mariages plus précoces et l'absence de pratique de la contraception, alors que celle-ci était déjà pratiquée dans quelques pays d'Asie et d'Amérique latine. De fait, la baisse de la fécondité s'est amorcée dès les années 1950 et 1960 en Asie et en Amérique latine. Entre le début des années 1960 et le début des années 1980, les femmes asiatiques et latino-américaines ont ainsi réduit leur fécondité de près de 6 enfants à moins de 4 enfants, ce qui correspond à une diminution de l'indice synthétique de fécondité d'un enfant par décennie. Le mouvement s'étant poursuivi, au début des années 2000 la fécondité était estimée à 2,5 enfants par femme dans les deux régions, soit un enfant de plus que la fécondité moyenne de l'ensemble des pays développés (estimée à 1,6 enfant par femme en 2000-2005). La transition démographique est donc quasiment achevée aujourd'hui dans ces deux grandes régions considérées globalement.

Par contraste, aucune baisse n'est « visible » au niveau de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne avant les années 1980, les taux bruts de natalité restant proches de 50 ‰ et la fécondité de 7 enfants par femme. Puis, avec vingt ans de décalage par rapport aux autres régions en développement, la fécondité a commencé à baisser timidement dans les années 1980, évolution qui a été alors saluée comme la « fin de l'exception africaine » (Locoh et Makdessi, 1995). Cependant cette baisse se singularise aussi en étant deux fois moins rapide que celle observée en Asie et en Amérique latine auparavant. En effet, la baisse de l'indice synthétique de fécondité entre 1980-1985 et 2000-2005 n'est globalement que de 1,2 enfant par femme (de 6,7 à 5,5 enfants par femme), contre 2 enfants en Asie et en Amérique latine entre 1960-1965 et 1980-1985. Dans ce processus, l'Afrique australe occupe encore une place particulière. C'est en effet la seule sous-région de l'Afrique subsaharienne où la fécondité a commencé à baisser dès les années 1960 (une dizaine d'années avant l'Afrique du Nord) et où elle est aujourd'hui inférieure à 3 enfants par femme. À l'inverse, en Afrique centrale, on estime que la fécondité a d'abord augmenté de 6 à 6,6 enfants par femme des années 1950 aux années 1980, et qu'elle n'aurait ensuite diminué que de 0,4 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005.

En dépit donc du maintien de niveaux de mortalité élevés et d'une interruption dans la baisse de la mortalité, la baisse plus tardive et plus

lente de la fécondité en Afrique subsaharienne a conduit à une croissance démographique exceptionnellement forte au cours des cinquante dernières années. Celle-ci est restée en effet égale ou supérieure à 2,5 % par an de 1960-1965 à 2000-2005, et elle devrait être encore de 2,3 % en 2010-2015 (tableau 7). En Asie, par contre, le taux d'accroissement annuel moyen n'a été proche de 2,5 % par an qu'au cours de la période 1965-1970 et il était estimé à 1,3 % par an en 2000-2005. En Amérique latine, le taux d'accroissement annuel moyen est resté supérieur à 2,5 % par an du début des années 1950 au début des années 1970 et il a été estimé à 1,6 % par an en 2000-2005. L'Afrique australe reste cependant très éloignée du schéma de croissance haute et longue des autres sous-régions. Le recul marqué de l'espérance de vie à la naissance combiné à une baisse majeure de la fécondité a réduit brutalement en effet son taux de croissance démographique, qui s'établit maintenant à 1,1 % par an, contre 2,6 à 2,8 % dans les trois autres sous-régions.

Tableau 7. Taux moyens annuels d'accroissement naturel dans diverses régions du monde et les sous-régions d'Afrique, de 1950-1955 à 2000-2005

Taux d'accroissement naturel (%)	Périodes										
Sous-régions	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Asie	1,9	1,9	2,2	**2,4**	2,3	2,0	*1,9*	*1,9*	*1,7*	*1,5*	*1,3*
Amérique latine	**2,7**	**2,8**	**2,9**	**2,7**	**2,6**	2,4	2,3	2,1	*1,9*	*1,7*	*1,6*
Afrique subsaharienne	2,2	2,4	**2,5**	**2,7**	**2,8**	**2,9**	**3,0**	**2,9**	**2,8**	**2,6**	**2,5**
Afrique de l'Ouest	2,2	2,3	2,4	**2,6**	**2,7**	**2,8**	**3,0**	**3,0**	**2,9**	**2,8**	**2,6**
Afrique centrale	2,0	2,2	2,4	**2,6**	**2,7**	**2,9**	**3,0**	**3,0**	**2,9**	**2,7**	**2,8**
Afrique de l'Est	2,4	**2,5**	**2,7**	**2,9**	**3,0**	**3,1**	**3,0**	**3,0**	**2,8**	**2,7**	**2,6**
Afrique australe	2,3	2,4	**2,5**	**2,4**	**2,5**	**2,5**	**2,5**	2,3	2,0	*1,7*	*1,1*
Afrique du Nord	2,4	**2,6**	**2,7**	**2,7**	**2,7**	**2,7**	**2,7**	**2,5**	2,2	2,0	*1,8*

Source : United Nations (2007).
Note : En gras, les taux égaux ou supérieurs à 2,5 % par an ; les chiffres soulignés correspondent aux maxima. En italique, les chiffres inférieurs à 2 % par an.

Les transitions par pays : modèles traditionnel, classique et perturbé

L'examen des principaux indicateurs démographiques disponibles pour chaque pays pour la période récente permet d'aller au-delà de cette image globale et de mettre en évidence la diversité des transitions en cours (tableau 8).

Tableau 8. Indicateurs de dynamique démographique, 2000-2005

Pays	Taux brut de natalité (‰)	Taux brut de mortalité (‰)	Taux d' accroissement naturel (en %)	Indice synthétique de fécondité	Espérance de vie à la naissance	Prévalence du VIH/Sida chez les adultes en 2005	
Afrique de l'Ouest							
Bénin	42	13	3,0	5,9	54	1,8	
Burkina Faso	46	16	3,0	6,4	51	2,0	
Cap-Vert	31	5	2,6	3,8	70	0.4	autre source
Côte d'Ivoire	38	17	2,1	5,1	47	7,1	
Gambie	38	11	2,7	5,2	58	2,4	
Ghana	32	10	2,2	4,4	59	2,3	
Guinée	42	14	2,9	5,8	54	1,5	
Guinée-Bissau	50	20	3,0	7,1	46	3,8	
Liberia	50	20	3,0	6,8	44	1,5	autre 2007
Mali	49	16	3,2	6,7	52	1,7	
Mauritanie	35	9	2,7	4,8	62	0,7	
Niger	51	16	3,6	7,5	55	1,1	
Nigeria	43	18	2,5	5,9	47	3,9	
Sénégal	38	10	2,8	5,2	62	0,9	
Sierra Leone	47	24	2,3	6,5	41	1,6	
Togo	40	11	2,9	5,4	58	3,2	
Afrique centrale							
Angola	49	22	2,7	6,8	41	3,7	
Cameroun	38	15	2,3	4,9	50	5,4	
Centrafrique	38	19	1,9	5,0	43	10,7	
Congo	37	13	2,5	4,8	53	5,3	
Congo (R.D.)	50	19	3,0	6,7	45	3,2	
Gabon	28	12	1,6	3,4	57	7,9	
Guinée équatoriale	40	16	2,3	5,6	49	3,2	
Sao Tomé et Principe	35	8	2,7	4,3	64	1,5	autre source
Tchad	47	16	3,1	6,5	51	3,5	
Afrique de l'Est							
Burundi	44	17	2,8	6,8	47	3,3	
Comores	37	7	2,9	4,9	63	<0,1	
Djibouti	31	12	1,9	4,5	53	3,1	
Erythrée	41	11	3,0	5,5	55	2,4	
Ethiopie	41	14	2,6	5,8	51	4,4	2003
Kenya	39	13	2,6	5,0	51	6,1	
Madagascar	39	11	2,8	5,3	57	0,5	
Malawi	44	18	2,6	6,0	45	14,1	
Maurice	16	7	0,9	1,9	72	0,6	
Mozambique	44	19	2,4	5,5	44	16,1	
Ouganda	47	16	3,2	6,8	48	6,7	
Réunion	20	5	1,5	2,5	76	0,2	autre source
Rwanda	42	18	2,3	6,0	43	3,1	
Somalie	46	19	2,7	6,4	46	0,9	
Tanzanie	42	15	2,8	5,7	50	6,5	
Zambie	42	22	2,0	5,7	39	17,0	
Zimbabwe	29	21	0,8	3,6	40	20,1	
Afrique australe							
Afrique du Sud	24	14	1,1	2,8	53	18,8	
Botswana	26	16	1,0	3,2	47	24,1	
Lesotho	31	18	1,4	3,8	45	23,2	
Namibie	27	13	1,5	3,6	52	19,6	
Swaziland	30	17	1,3	3,9	44	33,4	
Soudan	34	11	2,3	4,8	56	1,6	
Afrique subsaharienne	41	16	2,5	5,5	49	6,1	

Source : United Nations (2007), ONUSIDA (2006a) et autres.

En 2000-2005, les taux bruts de natalité et de mortalité des 48 pays d'Afrique subsaharienne étudiés restaient variables mais souvent élevés. La moitié des pays environ avaient en effet des taux de natalité compris entre 40 et 51 ‰, et des taux de mortalité compris entre 15 et 24 ‰. En conséquence, la plupart des pays avaient toujours des taux d'accroissement naturel importants. Ainsi, 10 pays sur 48 avaient encore des croissances démographiques égales ou supérieures à 3 % par an, et 27 pays avaient des croissances comprises entre 2 et moins de 3 % par an. Finalement, 11 pays seulement (à peine 1 pays sur 4) avaient des croissances inférieures à 2 % par an. Les transitions démographiques correspondantes étaient cependant très diverses et souvent perturbées du fait des guerres et de l'épidémie de VIH/Sida. Elles dépendaient aussi du rythme très variable de la baisse de la fécondité. Pour décrire la complexité de ces situations, Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker ont proposé quatre grands modèles « subsahariens » de transition (Tabutin et Schoumaker, 2004). Ils distinguent :

– « un modèle encore traditionnel [...] où la mortalité a reculé, mais où la natalité se maintient à des niveaux très élevés ». Cinq pays, dont les taux bruts de natalité étaient en 2000-2005 supérieurs à 45 ‰, les taux de mortalité de 15/16 ‰ et la croissance naturelle forte égale ou supérieure à 3 % par an, se rattachent clairement à ce modèle. Il s'agit du Burkina Faso, du Mali, du Niger, du Tchad et de l'Ouganda, qui sont tous des pays enclavés et qui font partie, l'Ouganda excepté, des dix pays ayant les indicateurs de développement humain les plus faibles du monde (PNUD, 2006) ;

– « un modèle classique de changement [...] où la mortalité baisse régulièrement depuis cinquante ans, la natalité diminue depuis vingt ans, et la croissance ralentit tout en demeurant encore forte ». Cinq pays, dont les taux bruts « intermédiaires » étaient en 2000-2005 de 35 à 40 ‰ pour la natalité, de 8 à 12 ‰ pour la mortalité et la croissance naturelle de 2,2 à 2,8 % par an, se rattachent à ce modèle. Il s'agit du Ghana, du Soudan, de Sao Tomé et Principe, du Sénégal et de la Gambie. Les trois premiers pays appartiennent au groupe des pays à développement humain moyen (PNUD, 2006) ;

– « un modèle perturbé par des guerres [...] avec des reprises brutales de mortalité dues aux conflits eux-mêmes, mais aussi à la paupérisation qui s'ensuit, ainsi parfois qu'au Sida ». Cinq pays sont concernés : le Liberia, la Sierra Leone, la République démocratique du Congo, le Rwanda et le Burundi. Ces pays avaient en 2000-2005 des taux relativement élevés de natalité (42 ‰ et plus) et de mortalité (de 17 à 24 ‰), et conservaient donc une croissance naturelle élevée allant de 2,3 à 3 % par an ;

– « un modèle perturbé par le VIH-Sida [où] la fécondité et la mortalité ont reculé normalement jusque vers 1990, mais [où] le processus a été

brutalement interrompu par des reprises importantes, conduisant [...] à des réductions parfois drastiques de la croissance ». Avec des taux de natalité de plus de 30 ‰, des taux bruts de mortalité de 13 à 21 ‰ en 2000-2005, entraînant une croissance naturelle réduite (de 0,8 à 1,5 % par an), les cinq pays d'Afrique australe et le Zimbabwe se rattachent à ce modèle.

Une vingtaine de pays peuvent donc être assez clairement rattachés à l'un de ces quatre modèles. Pour les autres pays, les interactions entre phénomènes sont complexes et par conséquent leur classement est plus difficile.

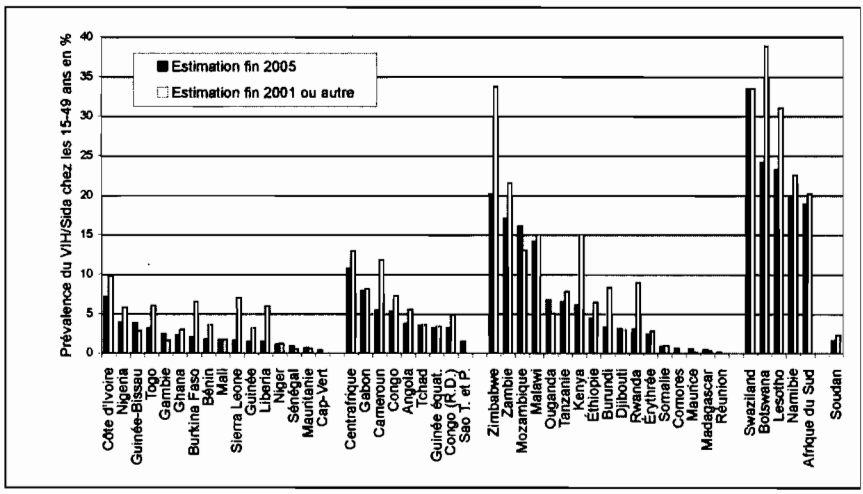
Le point sur l'épidémie de VIH/Sida

L'apparition de l'épidémie de VIH/Sida dans les années 1980 et les millions de morts dont elle a été la cause, notamment en Afrique subsaharienne, ont posé le problème de son impact démographique et ravivé les craintes d'une nouvelle stagnation de la population africaine (Ferry, 2002). Selon certains, la réduction attendue de la croissance démographique, voire de la population, du fait de l'épidémie de VIH/Sida, rendait inutiles et même tout à fait inopportuns en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie, les programmes en faveur de la planification familiale ou visant à réduire la croissance démographique.

De fait, l'épidémie de VIH/Sida constitue toujours une sérieuse menace pour la santé et la survie de millions de personnes, en particulier en Afrique. En 2005, on estimait en effet le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida en Afrique subsaharienne à environ 24,5 millions (entre 21,6 et 27,4 millions), soit les deux tiers du total mondial. Par ailleurs, le nombre des personnes infectées a continué d'augmenter puisque le nombre des nouvelles infections (environ 2,7 millions en 2005) restait supérieur à celui des décès (2 millions) (ONUSIDA, 2006a). Le VIH/Sida est ainsi considéré comme la principale cause de décès en Afrique subsaharienne, avant le paludisme.

Il est toutefois important de rappeler, comme l'a fait l'ONUSIDA en 2006, « qu'il n'y a pas une épidémie africaine » et que les « tendances générales de la prévalence du VIH ne doivent pas cacher la grande diversité des épidémies à l'œuvre dans la région » (ONUSIDA, 2006a : 16). Cette diversité est illustrée par la figure 1, qui présente pour chaque pays les dernières estimations de la prévalence du VIH/Sida parmi la population des 15-49 ans (fin 2005), ainsi que les estimations de fin 2001 qui étaient généralement beaucoup plus élevées (ONUSIDA, 2002) (voir encadré ci-après).

Figure 1. Taux de prévalence du VIH/Sida chez les 15-49 ans estimés fin 2005 et comparaison avec les taux estimés fin 2001



Source : ONUSIDA (2006 et 2002), autres sources (voir tableau 8).
Note : On ne dispose que d'une seule estimation pour le Cap-Vert, Sao Tomé et Principe, les Comores et la Réunion.

Il apparaît clairement qu'avec des prévalences de l'ordre de 20 % et plus, « l'Afrique australe reste l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH » (ONUSIDA, 2006b : 16). Près du tiers des personnes infectées par le VIH/Sida dans le monde vivent dans cette sous-région, qui compte autant de personnes infectées que les trois autres sous-régions d'Afrique subsaharienne réunies. Les 5 pays d'Afrique australe mis à part, les autres pays les plus infectés, avec des prévalences entre 15 et 20 % en 2005, sont 4 pays proches d'Afrique de l'Est : le Zimbabwe, la Zambie, le Mozambique et le Malawi, suivis par la République centrafricaine, avec une prévalence d'environ 10 % (mais il faut souligner que les données pour ce pays sont limitées).

Selon les dernières estimations disponibles, 4 pays sur 5 avaient donc en 2005 des prévalences du VIH/Sida inférieures à 10 %. Toutefois, des épidémies sérieuses et potentiellement dangereuses, caractérisées par des taux de prévalence compris entre 5 et moins de 10 %, étaient observées dans 7 pays (Ouganda, Tanzanie, Kenya, Gabon, Cameroun, Congo et Côte d'Ivoire). La sous-région d'Afrique de l'Ouest était nettement la moins affectée, avec des prévalences estimées à moins de 4 % dans tous les pays, la Côte d'Ivoire exceptée.

De nouvelles estimations de la prévalence du VIH/Sida révisées à la baisse

Les dernières estimations de l'épidémie de VIH/Sida dans le monde, fournies par l'ONUSIDA et l'OMS en 2006, sont moins élevées que celles publiées précédemment. Cette révision à la baisse s'explique en partie par une diminution réelle de la prévalence du VIH/Sida dans certains pays. Cependant, la plupart des différences entre les estimations publiées en 2006 et les estimations antérieures sont dues à des révisions établies sur la base de nouvelles sources de données plus fiables (ONUSIDA, 2006 : 9). Dans les pays qui présentent « des épidémies généralisées » (prévalence chez les adultes dépassant 1 % et transmission essentiellement hétérosexuelle, ce qui est le cas de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne), les estimations de la prévalence se fondent surtout sur la surveillance des femmes enceintes dans quelques « sites sentinelles » de consultations prénatales. En l'absence d'enquêtes de population comprenant un test des anticorps du VIH, on estime que la prévalence parmi les femmes enceintes reçues dans les services de consultations prénatales donne généralement un chiffre approximatif relativement fiable de la prévalence dans l'ensemble de la population. Le nombre croissant d'enquêtes de prévalence conduites auprès des populations d'Afrique subsaharienne, l'existence de données de surveillance améliorées et de meilleures analyses nationales ont donné dans plusieurs pays de nouvelles estimations de la prévalence inférieures à celles qui avaient été initialement estimées. Depuis 2000, des enquêtes nationales de population ont été conduites dans 20 pays, dont 19 en Afrique subsaharienne, notamment dans les pays les plus peuplés, comme par exemple l'Afrique du Sud et l'Éthiopie. Parallèlement à l'organisation de ces enquêtes, plusieurs pays ont amélioré leur surveillance sentinelle et ajouté aux premiers sites, essentiellement urbains, de nouveaux « sites sentinelles » situés en zone rurale où la prévalence est moindre. Ces efforts ont conduit à des estimations plus fiables de la prévalence globale du VIH/Sida dans plusieurs pays, comme par exemple au Burkina Faso, en Éthiopie et au Lesotho.

Grâce à ces données et aux nouvelles estimations qui en découlent, le nombre de personnes infectées par le VIH/Sida en Afrique subsaharienne fin 2005 était estimé à 24,5 millions contre 28,5 millions fin 2001 (ONUSIDA, 2002). L'estimation du taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans en Afrique subsaharienne s'est ainsi trouvée réduite de 9 % fin 2001 à 6 % fin 2005, sans que l'on puisse affirmer que cette diminution correspond à une diminution réelle de la prévalence du VIH/Sida.

En fait, entre 2001 et 2005, l'estimation de la prévalence du VIH/Sida a été révisée à la baisse dans 34 pays, et révisée à la hausse dans 9 autres. Dans 4 pays (Comores, Réunion, Sao Tomé et Principe et Cap-Vert) à faible prévalence (moins de 2 %), on ne dispose que d'une seule estimation (voir tableau 8). Concernant le Liberia, la publication en juillet 2007 des résultats de l'enquête démographique et de santé réalisée en début d'année a donné une nouvelle estimation de la prévalence pour les deux sexes dans ce pays : elle serait de 1,5 %, alors que l'unique estimation disponible auparavant pour l'année 2003 était de 5,9 % ! Malgré le nombre important de pays où les estimations ont été révisées à la baisse, et ce souvent de manière très importante (voir figure 1), la prévalence du VIH ne semble avoir baissé de manière significative parmi les jeunes que dans quelques pays depuis 2000-2001 : « au Kenya [...] dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire, du Malawi et du Zimbabwe, et dans les zones rurales du Botswana » (ONUSIDA, 2006b : 8).

Au-delà de cette révision salutaire des données, la prévalence du VIH/Sida semble s'être stabilisée, mais ce à des niveaux toujours très élevés, notamment en Afrique australe, qui demeure l'épicentre mondial de l'épidémie.

L'impact de ces épidémies sur la mortalité est beaucoup plus variable et complexe qu'on ne le croit généralement. À ce sujet, le croisement des niveaux de prévalence du VIH/Sida fin 2005 avec les espérances de vie à la naissance données par les Nations unies pour 2000-2005 fait apparaître cinq grands groupes (tableau 9).

Tableau 9. Classement des pays selon le taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes fin 2005 (en %) et l'espérance de vie à la naissance en 2000-2005

<table>
<tr><td rowspan="2">Eo en 2000-05. 2e chiffre (xx/43)</td><td colspan="3">Taux de prévalence du VIH/Sida chez les adultes fin 2005 (en %)</td></tr>
<tr><td colspan="3">En 2000-05. 1er chiffre, exemple Centrafrique (10,7 %/xx)</td></tr>
<tr><td></td><td>Supérieur ou égal à 10 %</td><td>De 3 % à moins de 10 %</td><td>Moins de 3 %</td></tr>
<tr><td rowspan="2">45 ans et moins</td><td><u>Afrique centrale :</u>
Centrafrique (10,7 %/43)
<u>Afrique de l'Est :</u>
Malawi (14,1 %/45)
Mozambique (16,1 %/44)
Zambie (17,0 %/39)
Zimbabwe (20,1 %/40)
<u>Afrique australe :</u>
Swaziland (33,4 %/44)
Lesotho (23,2 %/45)

7 pays</td><td><u>Afrique centrale :</u>
Angola (3,7 %/41)
Congo (R.D.) (3,2 %/45)
<u>Afrique de l'Est :</u>
Rwanda (3,1 %/43)

3 pays</td><td><u>Afrique de l'Ouest :</u>
Liberia (1,5 %/44)
Sierra Leone (1,6 %/41)

2 pays</td></tr>
<tr><td colspan="3">Total Groupe 2 = 5 pays</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Entre 46 ans et 55 ans</td><td><u>Afrique australe :</u>
Afrique du Sud (18,8 %/53)
Botswana (24,1 %/47)
Namibie (19,6 %/52)

3 pays</td><td><u>Afrique de l'Ouest :</u>
Côte d'Ivoire (7,1 %/47)
Guinée-Bissau (3,8 %/46)
Nigeria (3,9 %/47)
<u>Afrique centrale :</u>
Cameroun (5,4 %/50)
Congo (5,3 %/53)
Guinée équatoriale (3,2 %/49)
Tchad (3,5 %/51)
<u>Afrique de l'Est :</u>
Burundi (3,3 %/47)
Djibouti (3,1 %/53)
Ethiopie (4,4%/51)
Kenya (6,1 %/51)
Ouganda (6,7 %/48)
Tanzanie (6,5 %/50)</td><td><u>Afrique de l'Ouest :</u>
Bénin (1,8 %/54)
Burkina Faso (2,0 %/51)
Guinée (1,5 %/54)
Mali (1,7 %/52)
Niger (1,1 %/55)
<u>Afrique de l'Est :</u>
Erythrée (2,4 %/55)
Somalie (0,9 %/46)</td></tr>
<tr><td>Total Groupe 1 = 10 pays</td><td>Total Groupe 3 = 13 + 2 pays</td><td>Total Groupe 4 = 7 pays</td></tr>
<tr><td rowspan="2">56 ans et plus</td><td></td><td><u>Afrique de l'Ouest :</u>
Togo (3,2 %/58)
<u>Afrique centrale :</u>
Gabon (7,9 %/57)

2 pays</td><td><u>Afrique de l'Ouest :</u>
Cap-Vert (0,4 %/70)
Gambie (2,4 %/58)
Ghana (2,3 %/59)
Mauritanie (0,7 %/62)
Sénégal (0,9 %/62)
<u>Afrique centrale :</u>
Sao Tomé et Principe (1,5 %/64)
<u>Afrique de l'Est :</u>
Comores (<1 %/63)
Madagascar (0,5 %/57)
Maurice (0,6 %/72)
Réunion (0,2 %/76)

Soudan (1,6 %/56)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Total Groupe 5 = 11 pays</td></tr>
</table>

Source : United Nations (2007), ONUSIDA (2006) et autres.

Le premier groupe est constitué de pays où la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance (53 ans et moins) s'explique principalement par la forte prévalence du VIH/Sida (avec des taux supérieurs à 10 %). Dix pays, 1 sur 5, appartiennent à ce groupe : les 5 pays d'Afrique australe, les 4 pays proches cités plus haut (Zimbabwe, Zambie, Mozambique, Malawi) et la République centrafricaine. Le deuxième groupe est formé par les pays où la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance (45 ans et moins) est due en grande partie aux guerres et à leurs conséquences, la prévalence du VIH/Sida y étant inférieure à 4 %. Cinq pays sont concernés : l'Angola, la République démocratique du Congo, le Rwanda, le Liberia et la Sierra Leone. Le troisième groupe est constitué de pays où le niveau intermédiaire de l'espérance de vie à la naissance (entre 46 et 55 ans) s'explique à la fois par la désorganisation des systèmes sanitaires (suite notamment à des conflits) et par l'épidémie de VIH/Sida, les prévalences dans ces pays étant comprises entre 3 et moins de 10 %. Treize pays (auxquels on peut ajouter le Gabon et le Togo) sont concernés, parmi lesquels sept pays ont des prévalences comprises entre 5 et 8 % (la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Congo, le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie et le Gabon). Le quatrième groupe comprend 7 pays, dont 5 pays d'Afrique de l'Ouest, où le niveau intermédiaire de l'espérance de vie à la naissance (entre 46 et 55 ans) ne s'explique pas par l'épidémie de VIH/Sida (la prévalence y est inférieure à 3 %), mais par la détérioration et la désorganisation des systèmes sanitaires (voir à ce sujet Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Enfin, le cinquième et dernier groupe rassemble les 11 pays de la région (1 sur 4, parmi lesquels 6 îles) qui combinent les espérances de vie à la naissance les plus élevées (56 ans et plus) et les taux de prévalence du VIH/Sida les plus bas. Cette situation plus favorable est le résultat de meilleures conditions générales d'hygiène et d'alimentation, d'une moindre incidence du VIH/Sida (du fait de programmes de prévention efficaces) et de systèmes sanitaires plus performants qu'ailleurs.

La population vivant dans les 10 pays du groupe 1 qui sont les plus infectés représente 15 % de la population totale de l'Afrique subsaharienne. Cependant, compte tenu de la diversité des épidémies, la vigilance reste de mise. En effet, de larges segments de population (parmi les jeunes, les populations rurales isolées, les migrants) ont toujours un faible niveau de connaissance en matière de VIH/Sida, et la multiplication de comportements à risque parmi ces groupes peu informés peut toujours remettre en cause les progrès accomplis jusqu'ici pour contenir l'épidémie. Ceci dit, il faut souligner qu'avec les taux de prévalence révisés actuels aucune décroissance ou stagnation de population n'est anticipée dans aucun des pays les plus affectés d'Afrique australe selon la révision 2006 des projections des Nations unies, alors que les révisions 2004 et 2002 anticipaient des diminutions de population. Il faut noter aussi que l'épidémie de

VIH/Sida en Afrique subsaharienne ne semble pas devoir connaître de modifications majeures dans les années à venir. L'ONUSIDA estime en effet que « dans l'ensemble la prévalence du VIH dans la région paraît s'être stabilisée » et que « dans l'ensemble de la région les taux de nouveaux cas d'infections ont atteint leur point culminant dans les années 1990 et quelques épidémies ont récemment régressé, en particulier au Kenya, au Zimbabwe, et dans les zones urbaines du Burkina Faso » (ONUSIDA, 2006a : 12). Cette tendance favorable est largement le résultat de campagnes de prévention souvent agressives, qui ont conduit à des changements de comportements « positifs » (augmentation du nombre d'adultes n'ayant qu'un seul partenaire, augmentation du nombre de jeunes femmes qui retardent leurs premiers rapports sexuels, utilisation plus fréquente du préservatif, notamment lors de rapports sexuels à risque).

En ce qui concerne l'impact réducteur éventuel de l'épidémie de VIH/Sida sur la fécondité, il faut distinguer les effets physiologiques des effets sur les comportements en matière de procréation. Pour ce qui est des effets physiologiques, il y aurait chez les femmes infectées une augmentation de l'infécondabilité et du risque de fausses couches (Zaba et Gregson, 1998). Il ressort de données sur l'Ouganda, en particulier, que la fécondabilité diminue dans une proportion pouvant atteindre 30 % parmi les femmes séropositives (Stover, 1999). L'impact global de ce phénomène est cependant limité. Si l'on considère en effet que 30 % des femmes sont séropositives (ce qui correspond à une très forte prévalence) et que celles-ci subissent une perte de fécondabilité de 30 %, en supposant tous les autres facteurs inchangés, la fécondité de l'ensemble des femmes ne serait diminuée que d'environ 10 %, soit une baisse par exemple de 6 à 5,4 enfants par femme dans les populations à forte fécondité. L'épidémie de VIH/Sida pourrait également diminuer la fréquence des rapports sexuels et donc la fécondité des personnes séropositives. Mais l'épidémie peut avoir aussi l'effet inverse si la personne du couple qui est infectée (ou les deux) souhaite(nt) absolument avoir des enfants pour répondre aux pressions de la famille élargie et perpétuer leur lignage. Toutefois, les campagnes de prévention basées aujourd'hui sur le triptyque « abstinence, fidélité ou préservatif » sont de nature à encourager l'usage du préservatif, non seulement pour se protéger contre le VIH/Sida et les autres maladies sexuellement transmissibles, mais aussi pour éviter les grossesses non désirées. Reste qu'il est impossible de dégager, à partir des données globales utilisées ici, une relation quelconque entre niveaux de prévalence du VIH/Sida et niveaux de fécondité. En effet, l'association que l'on peut mettre en évidence entre niveaux de fécondité intermédiaires (de 3 à 5 enfants par femme) et prévalences élevées du VIH/Sida concerne les pays d'Afrique australe et quelques pays voisins où la baisse de la fécondité a commencé dans les années 1960 ou 1970, donc avant le début de l'épidémie de VIH/Sida.

Évolution de la fécondité et programmes de planification familiale

Si l'on a constaté l'amorce d'un déclin de la fécondité dans les années 1980 en Afrique subsaharienne, l'ampleur, le rythme et la durabilité de ce déclin restent toutefois incertains et susceptibles de fortes variations d'un pays à l'autre.

Les niveaux de fécondité et leur évolution sont fonction de divers facteurs, regroupés généralement en « déterminants proches » et « déterminants socio-économiques ». Les déterminants proches qui comprennent, entre autres, l'utilisation de la contraception, le fait d'être en union, le recours à l'avortement, etc. (nous y reviendrons), sont définis comme les facteurs au travers desquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité. Ils correspondent donc à des mécanismes relativement « immédiats » de la régulation de la fécondité. Les déterminants socio-économiques, quant à eux, sont des variables indépendantes plus « lointaines » qui correspondent globalement à des facteurs socio-économiques, institutionnels et culturels, tels que les niveaux d'instruction, la condition des femmes, les taux d'emploi, les systèmes de santé, etc. Les interactions entre ces deux groupes de variables sont complexes et toujours sujettes à débats. Certes, les niveaux d'instruction, la condition des femmes, etc. sont actuellement loin d'être favorables à une baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne (Lloyd *et al.*, 2000). Mais cela ne veut pas dire pour autant que des programmes de planification familiale, développés sans que le soient parallèlement la scolarisation, l'amélioration du statut des femmes, etc., conduiront mécaniquement à des baisses rapides de la fécondité. En fait, l'impact d'un programme de planification familiale peut être d'autant plus important et rapide que la population est éduquée et l'environnement social et institutionnel favorable. À condition, bien sûr, que les investissements consentis en faveur du programme de planification familiale soient importants et s'inscrivent dans la durée, et aussi que les services offerts soient accessibles et de qualité. Les exemples du Kenya et du Ghana sont révélateurs des illusions entretenues à ce sujet. Ces deux pays ont en effet adopté des politiques de population dès les années 1960 et 1970. Mais le manque de continuité dans les efforts s'est traduit par des résultats modestes, puisque la fécondité dans ces pays était toujours relativement élevée en 2000-2005 (elle était de 4,4 enfants par femme au Ghana et de 5,0 enfants par femme au Kenya). À l'inverse, la réduction majeure de la fécondité, réalisée dans la plupart des pays d'Asie et d'Amérique latine en une quarantaine d'années, semble être surtout le résultat d'efforts soutenus, publics et/ou privés, en faveur de la diffusion de l'utilisation de la contraception. On est ainsi passé d'environ 10 % seulement des femmes asiatiques et latino-américaines en union

utilisant une méthode de contraception en 1960, à près de 70 % en 2000 (65 % en Asie et 74 % en Amérique latine), pourcentages d'utilisatrices qui sont très proches de celui estimé pour l'ensemble des pays développés (71 %) (United Nations, 2004a). Cette « révolution contraceptive » s'est opérée dans des contextes économiques très contrastés, ce qui suggère que le développement n'est pas non plus nécessairement la meilleure pilule et que les campagnes d'information et d'éducation, ainsi que les programmes publics et privés mis en œuvre en santé de la reproduction, sont susceptibles de rencontrer un certain succès.

Les exemples précédents montrent bien qu'il faut éviter d'opposer, comme mécanisme de réduction de la fécondité, d'un côté les programmes de planification et les progrès rapides de la contraception, et de l'autre les progrès de l'éducation et de l'environnement social et institutionnel. En Afrique subsaharienne, pourtant, de nombreux dirigeants politiques et responsables de la société civile pensent toujours que l'amorce et le rythme de la baisse de la fécondité dépendent principalement de facteurs socio-économiques favorables et que les programmes de planification familiale ne sont pas prioritaires. S'il y a bien une corrélation entre certains indicateurs de développement et les niveaux de fécondité, cette relation n'apparaît en fait valable (au travers d'analyses transversales, ou « *cross-country analysis* ») que pour l'ensemble du processus, nécessairement très long, de développement (Guengant, 2002a). Une étude des Nations unies (United Nations, 2002a) souligne à ce sujet que des indicateurs socio-économiques défavorables ne constituent pas, contrairement aux idées reçues, des obstacles insurmontables à la maîtrise progressive de la fécondité et à l'augmentation parallèle de l'utilisation de la contraception. Cette étude montre aussi le rôle essentiel que jouent la diffusion des idées nouvelles (par divers canaux, y compris les campagnes d'information et d'éducation) et l'exemple montré par les premières personnes qui adoptent ces idées dans les processus de maîtrise de la fécondité observés au cours des dernières décennies dans le monde en développement.

Les relations entre niveaux de fécondité et variables socio-économiques étant traitées ailleurs dans cet ouvrage (voir en particulier les chapitres 3 et 5), nous nous concentrerons ici sur les « déterminants proches » de la fécondité et les programmes de planification familiale. Nous examinerons successivement l'évolution récente de la fécondité dans les divers pays de la région, puis les déterminants proches, en particulier l'évolution de la pratique de la contraception et les programmes de planification familiale. Nous essaierons enfin d'évaluer si l'approche globale basée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs individuels, qui a été retenue dans le « Programme d'action de 20 ans » adopté par 179 pays au Caire en 1994 (Nations unies, 1995), a permis, au

cours de ces dernières années, des avancées significatives vers « l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale », en Afrique subsaharienne.

Des transitions de la fécondité à plusieurs vitesses

Selon la reconstitution des dynamiques démographiques, effectuée par les Nations unies de 1950 à 2005 (United Nations, 2007), les indices synthétiques de fécondité sont restés élevés et ont peu varié jusqu'au début des années 1980 dans la quasi-totalité des 48 pays d'Afrique subsaharienne. Nous avons donc essayé de caractériser les transitions de fécondité en cours, à partir des changements observés durant les vingt dernières années, c'est-à-dire entre les périodes 1980-1985 et 2000-2005 (tableau 10). Cet exercice fait ressortir quatre types de transitions.

Le premier type, qui ne concerne que 3 pays, correspond à une transition que l'on peut qualifier « d'ancienne » dans le contexte subsaharien, puisque la baisse de la fécondité s'y est amorcée clairement dans les années 1960, comme en Asie et en Amérique latine. Il s'agit de l'Afrique du Sud, de Maurice et de la Réunion, dont les niveaux de fécondité en 1980-1985 étaient respectivement de 4,6, 2,5 et 2,9 enfants par femme, et inférieurs à 3 enfants par femme en 2000-2005.

Le deuxième type correspond à une transition récente et rapide, amorcée dans les années 1980, avec une baisse significative de la fécondité, de 2 à 3 enfants environ entre 1980-1985 et 2000-2005 (soit au moins un enfant par décennie). Douze pays correspondent à cette définition. Tous avaient des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985, et généralement inférieurs à 5 enfants par femme en 2000-2005 (à l'exception du Rwanda qui constitue un cas à part dans ce groupe, avec une fécondité estimée à 6 enfants par femme).

Tableau 10. Évolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1980-1985 et 2000-2005

Régions	Pays	Indice synthétique de fécondité		Différence 1980-1985 2000-2005	Diminution moyenne par période de 10 ans
		1980-1985	2000-2005		
Transition ancienne 3 pays					
Afrique australe	Afrique du Sud	4,6	2,8	-1,8	-0,9
Afrique de l'Est	Maurice	2,5	1,9	-0,5	-0,3
Afrique de l'Est	Réunion	2,9	2,5	-0,4	-0,2
Transition récente rapide 12 pays					
Afrique de l'Est	Zimbabwe	6,7	**3,6**	-3,2	-1,6
Afrique australe	Namibie	6,5	**3,6**	-2,9	-1,4
Afrique australe	Botswana	6,0	**3,2**	-2,8	-1,4
Afrique de l'Ouest	Cap-Vert	6,5	**3,8**	-2,7	-1,3
Afrique australe	Swaziland	6,5	**3,9**	-2,6	-1,3
Afrique de l'Est	Rwanda	8,5	6,0	-2,5	-1,2
Afrique de l'Ouest	Côte d'Ivoire	**7,4**	**5,1**	-2,4	-1,2
Afrique de l'Est	Kenya	**7,2**	**5,0**	-2,2	-1,1
Afrique de l'Est	Comores	**7,1**	4,9	-2,2	-1,1
Afrique de l'Ouest	Ghana	6,5	4,4	-2,1	-1,1
Afrique de l'Est	Djibouti	6,6	4,5	-2,1	-1,0
Afrique centrale	Sao Tomé	6,2	4,3	-1,9	-1,0
Transition récente lente 18 pays					
Afrique de l'Ouest	Sénégal	7,0	5,2	-1,8	-0,9
Afrique australe	Lesotho	5,5	3,8	-1,7	-0,8
Afrique centrale	Gabon	*5,0*	*3,4*	*-1,6*	*-0,8*
Afrique de l'Ouest	Togo	6,9	5,4	-1,5	-0,8
Autre	Soudan	6,3	**4,8**	-1,5	-0,8
Afrique centrale	Cameroun	6,4	**4,9**	-1,5	-0,7
Afrique de l'Est	Malawi	7,5	6,0	-1,5	-0,7
Afrique de l'Ouest	Mauritanie	6,2	**4,8**	-1,4	-0,7
Afrique de l'Ouest	Burkina Faso	7,7	6,4	-1,3	-0,7
Afrique de l'Ouest	Gambie	6,5	5,2	-1,3	-0,7
Afrique de l'Est	Zambie	7,0	5,7	-1,3	-0,7
Afrique de l'Ouest	Bénin	7,1	5,9	-1,3	-0,6
Afrique centrale	Congo	6,0	4,8	-1,2	-0,6
Afrique de l'Ouest	Guinée	7,0	5,8	-1,2	-0,6
Afrique de l'Est	Madagascar	6,4	5,3	-1,1	-0,6
Afrique de l'Est	Ethiopie	6,8	5,8	-1,1	-0,5
Afrique de l'Ouest	Nigeria	6,9	5,9	-1,1	-0,5
Afrique de l'Est	Erythrée	6,5	5,5	-1,0	-0,5
Transition timide ou non amorcée 15 pays					
Afrique de l'Est	Mozambique	6,4	5,5	-0,9	-0,5
Afrique de l'Est	Tanzanie	6,6	5,7	-0,9	-0,4
Afrique de l'Ouest	Mali	7,6	6,7	-0,9	-0,4
Afrique de l'Est	Somalie	7,2	6,4	-0,8	-0,4
Afrique centrale	Centrafrique	5,7	5,0	-0,7	-0,4
Afrique de l'Ouest	Niger	8,1	7,5	-0,6	-0,3
Afrique centrale	Angola	7,2	6,8	-0,5	-0,2
Afrique de l'Est	Ouganda	7,1	6,8	-0,4	-0,2
Afrique centrale	Tchad	6,8	6,5	-0,2	-0,1
Afrique centrale	Guinée équatoriale	5,8	5,6	-0,2	-0,1
Afrique de l'Ouest	Liberia	6,9	6,8	-0,1	-0,1
Afrique de l'Ouest	Guinée-Bissau	7,1	7,1	0,0	0,0
Afrique de l'Ouest	Sierra Leone	6,5	6,5	0,0	0,0
Afrique centrale	Congo (R.D.)	6,7	6,7	0,0	0,0
Afrique de l'Est	Burundi	6,8	6,8	0,0	0,0

Source : United Nations (2007).

Le troisième type correspond à une transition de la fécondité récente et lente, amorcée également dans les années 1980 mais caractérisée par une baisse plus modeste de la fécondité (1,0 à 1,8 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005, soit de 0,5 à moins de 1 enfant par décennie). Dix-huit pays correspondent à cette définition. Ils avaient tous des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985 (Lesotho et Gabon exceptés) et compris globalement entre 5 et 6 enfants par femme en 2000-2005 (hormis à nouveau le Lesotho et le Gabon qui, du fait de leur fécondité initiale plus faible, avaient des niveaux de fécondité inférieurs à 4 enfants par femme en 2000-2005).

Le quatrième et dernier type correspond à une transition de la fécondité timide, voire non amorcée. La baisse de la fécondité y est en effet très lente, comprise entre 0 et 0,9 enfant par femme entre 1980-1985 et 2000-2005 (soit moins de 0,5 enfant par décennie). Quinze pays sont concernés, dont huit ont connu des guerres longues qui ont désorganisé leurs services publics et de santé, et pour lesquels les données récentes peuvent être déficientes. Tous ces pays avaient des niveaux de fécondité supérieurs à 6 enfants par femme en 1980-1985 (excepté la Guinée équatoriale) et il en était de même en 2000-2005 pour la plupart d'entre eux (11 pays sur 15).

La transition de la fécondité amorcée dans les années 1980 paraît ainsi globalement lente. En effet, elle n'est rapide ou ancienne que dans un tiers des pays (15 pays sur 48), qui ne représentaient en 2005 que 20 % de la population de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Et elle est récente mais lente, ou timide, ou non amorcée, dans 2 pays sur 3 (33 pays), qui représentaient, en 2005, 80 % de la population (50 % pour les 18 pays à transition récente lente et 30 % pour les 15 pays à transition timide ou non amorcée).

Ce diagnostic à partir des moyennes nationales doit cependant être nuancé, compte tenu des baisses plus importantes observées en milieu urbain ainsi que parmi les segments les plus éduqués de la population. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées depuis le milieu des années 1980 en Afrique subsaharienne donnent des résultats croisés avec diverses caractéristiques socio-économiques qui permettent donc de mesurer les différences de fécondité selon ces caractéristiques (ORC Macro, 2007). On dispose de telles données pour 35 des 48 pays de la région représentant près de 90 % de la population de l'Afrique subsaharienne, et 30 de ces enquêtes ont moins de dix ans (tableau 11).

Tableau 11. Indice synthétique de fécondité par lieu de résidence et niveau d'éducation selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé

Pays Année de l'enquête	Ensemble du pays	Résidence		Niveau d'éducation			Différence d'ISF		
		Rural	Urbain	Aucun	Primaire	Secondaire et plus	Urbain - rural	Primaire - aucune	Secondaire - primaire
Afrique de l'Ouest									
Bénin 2001	5,6	4,4	6,4	6,3	4,9	3,6	-1,2	-1,4	-1,3
Burkina Faso 2003	5,9	3,4	6,5	6,3	4,5	2,5	-2,5	-1,8	-2,0
Côte d'Ivoire 1998-99	5,2	4,0	6,0	6,1	4,7	2,3	-1,2	-1,4	-2,4
Ghana 2003	4,4	3,1	5,6	6,0	5,3	3,2	-1,3	-0,7	-2,1
Guinée 2005	5,7	4,4	6,3	6,2	5,1	3,3	-1,3	-1,1	-1,8
Liberia 1986 *	6,7	6,0	7,1	6,9	7,3	4,7	-0,7	0,4	-2,6
Mali 2001	6,8	5,5	7,3	7,1	6,6	4,1	-1,3	-0,5	-2,5
Mauritanie 2000-01	4,5	4,1	4,8	4,8	4,7	3,2	-0,4	-0,1	-1,5
Niger 1998	7,2	5,6	7,6	7,5	6,2	4,8	-1,6	-1,3	-1,4
Nigeria 2003	5,7	4,9	6,1	6,7	6,3	4,2	-0,8	-0,4	-2,1
Sénégal 2005	5,3	4,1	6,4	6,0	4,8	2,9	-1,2	-1,2	-1,9
Togo 1998	5,2	3,2	6,3	6,3	4,6	2,7	-2,0	-1,7	-1,9
Afrique centrale									
Cameroun 2004	5,0	4,0	6,1	6,3	5,6	3,5	-1,0	-0,7	-2,1
Centrafrique 1994-95*	5,1	4,9	5,2	5,1	5,3	3,9	-0,2	0,2	-1,4
Congo 2005	4,8	3,8	6,1	6,2	6,3	4,0	-1,0	0,1	-2,3
Gabon 2000	4,2	3,8	6,0	5,1	5,3	3,5	-0,4	0,2	-1,8
Tchad 2004	6,3	5,7	6,5	6,3	7,4	4,2	-0,6	1,1	-3,2
Afrique de l'Est									
Burundi 1987*	6,9	5,1	7,0	7,0	6,9	5,8	-1,8	-0,1	-1,1
Comores 1996*	4,6	3,8	5,0	5,3	4,8	3,6	-0,8	-0,5	-1,2
Erythrée 2002	4,8	3,5	5,7	5,5	4,2	3,1	-1,3	-1,3	-1,1
Ethiopie 2005	5,4	2,4	6,0	6,1	5,1	2,0	-3,0	-1,0	-3,1
Kenya 2003	4,9	3,3	5,4	6,7	5,5	3,2	-1,6	-1,2	-2,3
Madagascar 2003-04	5,2	3,7	5,7	6,5	5,7	3,4	-1,5	-0,8	-2,3
Malawi 2004	6,0	4,2	6,4	6,8	6,2	3,8	-1,8	-0,6	-2,4
Mozambique 2003	5,5	4,4	6,1	6,3	5,3	2,9	-1,1	-1,0	-2,4
Ouganda 2000-01	6,9	4,0	7,4	7,8	7,3	3,9	-2,9	-0,5	-3,4
Rwanda 2005	6,1	4,9	6,3	6,9	6,1	4,3	-1,2	-0,8	-1,8
Tanzanie 2004	5,7	3,6	6,5	6,9	5,6	3,3	-2,1	-1,3	-2,3
Zambie 2001-02	5,9	4,3	6,9	7,4	6,5	3,9	-1,6	-0,9	-2,6
Zimbabwe 1999	4,0	3,0	4,6	5,2	4,5	3,3	-1,0	-0,7	-1,2
Afrique australe									
Afrique du Sud 1998	2,9	2,3	3,9	4,5	3,7	2,5	-0,6	-0,8	-1,2
Botswana 1998	4,9	3,8	5,3	5,8	4,8	3,4	-1,1	-1,0	-1,4
Lesotho 2004	3,5	1,9	4,1	5,2	4,0	2,9	-1,6	-1,2	-1,1
Namibie 2000	4,2	3,1	5,1	6,3	5,0	3,3	-1,1	-1,3	-1,7
Soudan 1990*	4,7	3,9	5,3	5,5	4,7	3,2	-0,8	-0,8	-1,5

Source : ORC Macro (2007).

* Enquête réalisée il y a plus de dix ans.

Les résultats révèlent sans surprise que la fécondité en milieu urbain est partout inférieure à la fécondité en milieu rural, mais avec des écarts très variables selon les pays. Dans 4 pays (Éthiopie, Ouganda, Burkina Faso et Togo), elle est en gros de 50 % inférieure, avec un écart de 3 à 3,6 enfants par femme. Dans la moitié des autres pays (16 pays), elle est inférieure d'environ 30 à 45 % et l'écart est de 2 à moins de 3 enfants, et dans la moitié restante (15 pays), elle est inférieure en gros de 15 à 30 % et l'écart est de moins de 2 enfants par femme. Par ailleurs, la fécondité urbaine paraît toujours globalement non négligeable. Elle est égale ou supérieure à 4 enfants par femme dans la moitié des pays pour lesquels on dispose de données (18 pays sur 35) et elle est comprise entre 3 et moins de 4 enfants par femme dans 14 autres pays. Elle n'est donc inférieure à 3 enfants par femme que dans 3 pays (Lesotho, Afrique du Sud et Éthiopie). Certes, par rapport au milieu rural, l'urbanisation est associée à une fécondité plus faible, mais, on l'a vu, les écarts entre fécondité rurale et fécondité urbaine restent très variables. On peut dire, par conséquent, que la poursuite du processus d'urbanisation sera certainement un facteur facilitant la réduction de la fécondité, mais que l'urbanisation n'aura pas nécessairement partout des effets importants de réduction de la fécondité moyenne au niveau national.

L'examen sans surprise des données des 35 enquêtes démographiques et de santé disponibles sur la fécondité selon le niveau d'instruction révèle également que la fécondité est plus faible parmi les personnes les plus éduquées (tableau 11). Toutefois, les écarts ne sont pas très importants d'un niveau d'éducation à l'autre. Certes, dans un peu plus d'un tiers des pays (15 pays sur 35), les femmes ayant un niveau d'éducation primaire ont entre 1 et 1,8 enfant de moins que celles qui ne sont pas allées à l'école (soit une fécondité moindre de 15 à 30 % environ). Mais dans les autres pays, la différence de fécondité entre les deux groupes de femmes n'est que de 0,4 à 0,9 enfant dans 13 pays (soit une fécondité moindre de 6 à 15 % pour les femmes ayant un niveau d'éducation primaire) et, dans 7 pays, il n'y a pratiquement pas de différence (la fécondité des femmes qui ont un niveau d'éducation primaire étant quasiment identique, voire supérieure, à celle des femmes qui ne sont pas allées à l'école). Les écarts sont plus importants entre les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus et celles qui ont seulement un niveau d'éducation primaire. Dans la moitié des pays (17 sur 35), les premières ont en moyenne 2 enfants de moins que les secondes (c'est-à-dire en gros une fécondité de 30 à 60 % inférieure) et même 3 enfants de moins dans 3 pays (l'Ouganda, le Tchad et l'Éthiopie). Mais dans l'autre moitié (18 pays sur 35), les femmes ayant au moins une éducation secondaire n'ont en moyenne que 1,1 à 1,9 enfant de moins que celles qui ont un niveau d'éducation primaire (soit en gros une fécondité de 20 à 40 %

inférieure). Finalement, la fécondité paraît toujours très forte chez les femmes qui ne sont pas allées à l'école (elle est supérieure à 6 enfants par femme dans 25 pays sur 35), mais aussi chez les femmes qui ont seulement un niveau d'éducation primaire (elle reste en effet supérieure à 5 enfants par femme dans 22 pays). Elle ne paraît mieux maîtrisée que chez les femmes qui ont un niveau d'éducation secondaire ou plus, puisque, dans près de 4 pays sur 5 (27 pays sur 35), leur fécondité est inférieure à 4 enfants (et même inférieure à 3 enfants dans 8 pays). Cependant, les femmes qui ont au moins un niveau d'éducation secondaire ne représentent généralement aujourd'hui qu'un faible pourcentage de l'ensemble des femmes en âge de procréer dans les pays de la région. Non seulement la scolarisation dans le primaire n'est pas universelle dans nombre de pays, mais la scolarisation dans le secondaire reste aussi particulièrement faible. En effet, d'après les données du PNUD, le taux net de scolarisation dans le secondaire était inférieur à 30 % dans près des trois quarts des pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on disposait de données en 2004 (23 pays sur 32) (PNUD, 2006). Au total, la scolarisation au niveau secondaire des femmes en âge de procréer reste donc un facteur susceptible de contribuer de manière importante à une réduction de la fécondité en Afrique subsaharienne. Cependant, compte tenu des faibles niveaux de scolarisation actuels (dans le primaire mais surtout dans le secondaire), plusieurs décennies seront nécessaires dans la plupart des pays pour qu'une majorité de femmes de 15 à 45 ans aient un niveau d'éducation secondaire.

La révolution contraceptive n'a pas encore vraiment commencé

Examinons maintenant les déterminants proches qui sous-tendent les évolutions contrastées de la fécondité que l'on vient de décrire. Les déterminants proches qui influent le plus directement sur les niveaux de fécondité sont : le mariage ou le fait de vivre en union, l'insusceptibilité postpartum, l'avortement, la stérilité et l'utilisation de la contraception, qu'il faut coupler avec l'efficacité des méthodes utilisées. John Bongaarts a formalisé dans le modèle qui porte son nom la relation entre indice synthétique de fécondité (ISF) et déterminants proches, à l'aide d'indices de réduction de la fécondité dite naturelle (voir encadré ci-après) (Bongaarts, 1978).

« Les déterminants proches de la fécondité »

Les déterminants proches de la fécondité sont en fait les facteurs au travers desquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité, qui, en l'absence de ces facteurs, pourrait atteindre 15,3 enfants par femme en moyenne (fécondité dite naturelle théorique). Les principaux facteurs de maîtrise de la fécondité, ou déterminants proches, sont :

- le mariage ou le fait de vivre en union ;
- l'insusceptibilité post-partum ;
- l'avortement ;
- la stérilité ;
- l'utilisation de la contraception.

Dans le modèle qui porte son nom, John Bongaarts a formalisé la relation entre indice synthétique de fécondité (ISF) et déterminants proches, à l'aide d'indices de réduction de la fécondité naturelle. On calcule ainsi pour chacun des déterminants un indice compris entre 0 et 1, la valeur 0 correspondant à une réduction intégrale, c'est-à-dire réduisant la fécondité à zéro, et la valeur 1 correspondant à un effet de réduction nul, c'est-à-dire sans effet réducteur sur la fécondité naturelle.

La formule développée par John Bongaarts est la suivante :

ISF = (Cm x Ci x Ca x Cs x Cc) x FN

où Cm est l'indice de mariage ;
Ci est l'indice d'insusceptibilité post-partum ;
Ca est l'indice d'avortement ;
Cs est l'indice de stérilité définitive* ;
Cc est l'indice de contraception ;
FN est la fécondité naturelle (estimée à 15,3 enfants par femme).

C'est ainsi que, dans les pays en développement, où le mariage est précoce et généralisé, où l'allaitement est long, où l'usage de la contraception et le recours à l'avortement sont faibles, un nombre moyen de 6,7 enfants par femme peut être associé aux valeurs des indices de Bongaarts suivantes :

ISF = (Cm x Ci x Ca x Cs x Cc) x FN
6,70 = (0,9 x 0,6 x 1,0 x 0,9 x 0,9) x 15,3

La maîtrise de la fécondité, dans ce cas, est surtout la conséquence de l'importance de l'insusceptibilité post-partum (Ci = 0,6), c'est-à-dire de l'espacement des naissances résultant de l'allaitement prolongé des enfants, souvent associé à des périodes d'abstinence plus ou moins longues. Les autres indices (de mariage, d'avortement, de stérilité et de contraception) sont alors généralement proches de 1.

Dans les pays développés, en revanche, où le mariage est tardif et l'allaitement court, où la stérilité non pathologique reste rare, où l'usage de la contraception est généralisé et le recours à l'avortement souvent non négligeable, un nombre moyen de 2,0 enfants par femme peut être associé aux valeurs des indices de Bongaarts suivantes :

ISF = (Cm x Ci x Ca x Cs x Cc) x FN
2,00 = (0,5 x 0,9 x 0,8 x 0,9 x 0,4) x 15.3

La maîtrise de la fécondité est dans ce cas essentiellement le résultat de la pratique généralisée de la contraception (Ci = 0,4) et d'un pourcentage relativement faible de mariages (Cm = 0,5).

Lorsque l'on dispose des données nécessaires, le modèle de Bongaarts permet ainsi d'expliquer les différences de niveaux de fécondité entre pays et d'apprécier le jeu des divers déterminants proches au cours de la transition de la fécondité. Il permet aussi de voir les déterminants sur lesquels il est possible d'agir au travers de divers programmes.

* Ou pourcentage de femmes de 45-49 ans qui n'ont jamais eu d'enfants.

Ces déterminants sont d'importance diverse selon les sous-régions et les pays. Ainsi en Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, les faibles niveaux de pratique contraceptive au début des années 2000 (12 % en Afrique de l'Ouest, 21 % en Afrique centrale et 24 % en Afrique de l'Est) expliquent largement les niveaux de fécondité élevés, proches de 6 enfants par femme, observés jusqu'à la fin des années 1990 dans ces trois sous-régions. Cependant, alors qu'en Afrique de l'Est environ 80 % des utilisatrices avaient recours à une méthode moderne, en Afrique de l'Ouest elles n'étaient que 60 % et en Afrique centrale 36 %. Dans cette sous-région, le recours à des méthodes peu efficaces – traditionnelles, folkloriques et autres – reste en effet largement dominant, et l'efficacité moyenne des méthodes utilisées n'est que de 60 %, ce qui conduit nécessairement à des grossesses non planifiées[7] (Guengant et May, 2006). En Afrique de l'Ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'Est, également, le pourcentage de femmes en union était relativement important (de 65 à 70 %), mais ce facteur favorable à la fécondité était compensé par une durée moyenne élevée de l'insusceptibilité post-partum (de 16 à 19 mois) favorisant l'espacement des naissances. En Afrique australe, en revanche, tous les facteurs concourent à une fécondité relativement basse (environ 3 enfants par femme). En effet, plus d'une femme en union sur deux (55 %) utilise une méthode de contraception et il s'agit, dans 98 % des cas, de méthodes modernes, efficaces. Le pourcentage de femmes en union y est faible (45 % seulement) et la durée de l'insusceptibilité post-partum est de 12 mois, ce qui reste relativement élevé par rapport à ce que l'on observe ailleurs dans le monde. Il existe donc bien en Afrique subsaharienne plusieurs modèles de régulation de la fécondité dite naturelle et de transition de la fécondité.

On dispose de données sur les niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne pour 40 pays représentant 98 % de la population de l'Afrique subsaharienne (tableau 12). Ces données ont été collectées au cours des dix dernières années, sauf pour 2 pays (Maurice et le Soudan), et l'année moyenne pondérée de référence des enquêtes correspondantes est 2003. Il s'agit donc de données à la fois exhaustives et récentes. La qualité des données sur l'utilisation des méthodes traditionnelles, folkloriques et autres, est cependant très variable selon les pays et d'une enquête à l'autre. On privilégie donc généralement l'analyse des données sur les méthodes modernes, plutôt que sur l'ensemble des méthodes. C'est pourquoi, dans la figure 2, nous avons classé les pays par sous-région et par ordre décroissant d'utilisation des méthodes modernes selon les données disponibles les plus récentes.

---

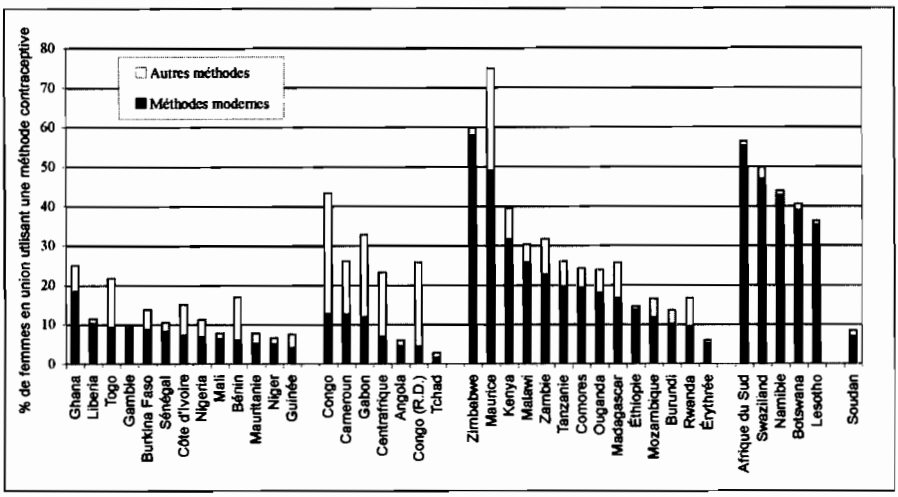
7. En effet, si l'on suppose une fécondabilité moyenne (en l'absence de contraception) de 0,3 et une efficacité des méthodes utilisées de 0,6, la fécondabilité résiduelle est de (0,3 x 0,4) = 0,12. Dans ce cas la moitié des utilisatrices de ces méthodes peu efficaces est enceinte 6 mois après le début de leur utilisation, et 80 % après 12 mois.

Tableau 12. Utilisation de la contraception parmi les femmes en union âgées de 15 à 49 ans : niveaux les plus récents et évolution entre l'enquête la plus ancienne et l'enquête la plus récente

Pays	Année de la dernière enquête	Prévalence de la contraception (1) parmi les femmes en union 15-49 ans		% méthodes modernes	Années de l'enquête la plus ancienne et de l'enquête la plus récente	Point de pourcentage annuel moyen d'augmentation de la prévalence		Nombre d'années entre les enquêtes
		Toutes méthodes	Méthodes modernes			Toutes méthodes	Méthodes modernes	
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2006	16,8	6,0	36 %	1981-82/2006	0,3	0,2	25
Burkina Faso	2003	13,7	8,7	64 %	1992-93/2003	0,6	0,4	11
Côte d'Ivoire	1998-99	15,0	7,3	49 %	1980-81/1998-99	0,7	0,4	18
Gambie	2000	9,6	8,9	93 %	1990/2000	-0,2	0,2	10
Ghana	2003	24,9	18,4	74 %	1976/2003	0,8	0,6	27
Guinée	2005	7,4	4,0	54 %	1992-93/2005	0,5	0,2	13
Liberia	2007	11,4	10,2	89 %	1986/2007	0,2	0,2	21
Mali	2006	7,7	6,4	83 %	1987/2006	0,2	0,3	19
Mauritanie	2000-01	7,7	5,1	66 %	1981/2000-01	0,4	0,2	20
Niger	2006	6,5	5,0	77 %	1992/2006	0,2	0,2	14
Nigeria	2003	11,2	6,8	61 %	1981-82/2003	0,3	0,3	22
Sénégal	1999	10,5	8,2	78 %	1978/1999	0,3	0,4	21
Togo	2000	21,7	9,3	43 %	1988/2000	0,8	0,5	12
Afrique centrale								
Angola	2001	5,9	4,5	76 %	1996/2001	-0,4	0,1	5
Cameroun	2004	26,0	12,5	48 %	1978/2004	0,9	0,5	26
Centrafrique	2000	23,1	6,9	30 %	1994-95/2000	1,5	0,7	6
Congo	2005	43,3	12,6	29 %				
Congo (R.D.)	2001	25,6	4,4	17 %	1991/2001	1,8	0,2	10
Gabon	2000	32,7	11.8	36 %				
Tchad	2004	2,8	1,6	57 %	1996-97/2004	-0,2	0,1	8
Afrique de l'Est								
Burundi	2000	13,5	10,0	74 %	1987/2000	0,4	0,7	13
Comores	2000	24.1	19,3	80 %	1996/2000	0,8	2,0	4
Erythrée	2002	5,9	5,1	86 %	1995/2002	0,1	0,2	7
Ethiopie	2005	14,5	13,7	94 %	1990/2005	0,6	0,7	15
Kenya	2003	39,3	31,5	80 %	1977-78/2003	1,3	1,1	26
Madagascar	2003-04	25,5	16,7	65 %	1992/2003-04	0,8	1,0	12
Malawi	2000	30,2	25,7	85 %	1984/2000	1,5	1,4	16
Maurice*	1991	74,7	48,9	65 %	1975/1991	1,8	1,2	16
Mozambique	2003	16,4	11,7	71 %	1997/2003	1,8	1,1	6
Ouganda	2006	23,7	17,9	76 %	1988-89/2006	1,1	0,9	18
Rwanda	2005	16,6	9,5	57 %	1983/2005	0,3	0,4	22
Tanzanie	2004	25,9	19,5	75 %	1991-92/2004	1,2	1,0	13
Zambie	2001-02	31,5	22,6	72 %	1992/2001-02	1,7	1,4	10
Zimbabwe	2005-06	59,7	57,9	97 %	1979/2005-06	1,7	2,0	27
Afrique australe								
Afrique du Sud	1998	56,3	55,1	98 %	1975-76 /1998	0,9	0,9	23
Botswana	2000	40,4	38,8	96 %	1984/2000	0,8	1,3	16
Lesotho	2004	36,1	35,1	97 %	1977/2004	1,1	1,2	27
Namibie	2000	43,7	42,6	97 %	1992/2000	1,9	2,1	8
Swaziland	2006-07	49,7	46,8	94 %	1988/2006-07	1,6	1,6	19
Soudan*	1992-93	8,3	6,9	83 %	1978-79/1992-93	0,3	0,2	14

Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).
(1) L'allaitement maternel non compris.
* Enquête réalisée il y a plus de dix ans.

Figure 2. Prévalence de la contraception parmi les femmes en union de 15 à 49 ans selon les données disponibles les plus récentes



Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).

Premier constat : l'utilisation de la contraception moderne en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale restait particulièrement faible au début des années 2000. Elle n'était en effet très proche de 20 % que dans un seul pays (le Ghana) et se situait au mieux autour de 10 % dans une demi-douzaine de pays, le taux le plus faible (2 %) étant enregistré au Tchad. L'utilisation de la contraception était un peu plus importante, quoique contrastée, en Afrique de l'Est (sous-région il est vrai très hétérogène). Cependant, le taux d'utilisation de la contraception moderne n'était de l'ordre de 50 % que dans 2 pays (Zimbabwe et Maurice) et d'environ 30 % au Kenya, les taux se situant entre 10 et 20 % dans la plupart des autres pays. En Afrique australe, en revanche, les taux d'utilisation de la contraception moderne étaient partout relativement élevés et compris en gros entre 35 et 55 %.

Si l'on considère l'ensemble des méthodes de contraception, et non plus les seules méthodes modernes, les niveaux d'utilisation de la contra-

ception augmentent plus ou moins, selon les pays, en fonction de l'importance des méthodes traditionnelles utilisées. C'est ainsi qu'en Afrique centrale, dans les 5 pays où les méthodes traditionnelles sont plus utilisées que les méthodes modernes, les niveaux d'utilisation de la contraception font un bond et deviennent supérieurs à 20 % dans tous les pays, sauf en Angola et au Tchad. En Afrique de l'Ouest, les méthodes traditionnelles sont plus utilisées que les méthodes modernes dans 3 pays seulement : le Togo, la Côte d'Ivoire et le Bénin. Toutefois, leur prise en compte ne fait passer la barre des 20 % d'utilisatrices, toutes méthodes confondues, qu'à 2 pays : le Ghana et le Togo. En Afrique de l'Est, les méthodes modernes représentent partout plus de 70 % de l'ensemble des méthodes, sauf dans 3 pays (Madagascar, Maurice et le Rwanda). La prise en compte des méthodes traditionnelles fait de Maurice (où elles représentent un tiers de l'ensemble des méthodes) le pays d'Afrique subsaharienne où l'utilisation de la contraception est la plus élevée (75 %), ce qui correspond à une maîtrise généralisée de la fécondité. Enfin en Afrique australe, les méthodes modernes sont partout très largement dominantes.

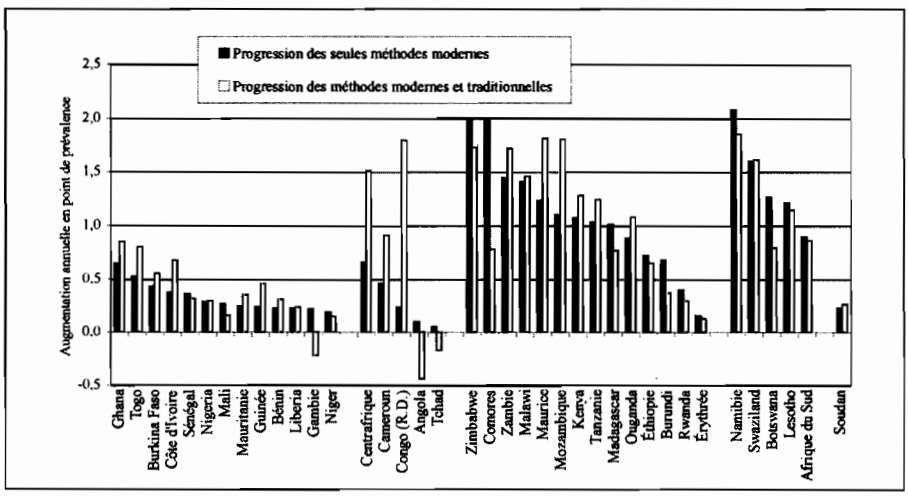
Au total, les taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception sont inférieurs à 20 % dans 30 des 40 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on dispose de données. Ces pays représentent un peu plus de 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne. L'importance de l'utilisation de la contraception moderne est donc bien liée à la rapidité du processus de transition de la fécondité. Il existe en effet une cohérence entre les résultats précédents et ceux trouvés plus haut, qui indiquaient que 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne vivait dans les 33 pays où la transition de la fécondité était récente mais lente, ou timide, ou non amorcée. Si l'on considère maintenant l'ensemble des méthodes, les taux d'utilisation sont inférieurs à 20 % dans 21 pays sur 40, qui représentent près de 60 % de la population totale de la région. À titre de comparaison, les taux d'utilisation de la contraception pour l'ensemble des méthodes sont supérieurs à 50 % dans plus de la moitié des pays d'Asie et d'Amérique latine ; seulement 5 pays d'Asie ont des taux inférieurs à 20 % et aucun en Amérique latine (Guengant et Rafalimanana, 2005).

Parmi les 40 pays qui viennent d'être examinés, on dispose de plusieurs enquêtes (au moins deux) pour 38 pays. On peut donc mesurer pour ces pays, qui représentent 97 % de la population de l'Afrique subsaharienne, l'évolution de l'utilisation de la contraception. La durée moyenne (pondérée) entre les enquêtes les plus anciennes dont on dispose et les enquêtes les plus récentes est de seize ans (dix-huit ans pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe, quatorze ans pour l'Afrique de l'Est et onze ans pour l'Afrique centrale) (tableau 12). Les résultats

obtenus, exprimés en « point de pourcentage annuel moyen d'augmentation de la prévalence de la contraception », sont présentés par sous-région à la figure 3, en ordre décroissant d'augmentation moyenne annuelle de la prévalence pour les méthodes modernes.

Les croissances annuelles moyennes d'utilisation de la contraception moderne apparaissent particulièrement faibles en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les croissances les plus élevées n'étant que de 0,7 point par an pour le Ghana et pour la Centrafrique (mais en Centrafrique l'écart de 6 ans seulement entre les deux enquêtes est susceptible d'introduire un biais). En revanche, elles atteignent en Afrique de l'Est et en Afrique australe 2 points de pourcentage par an dans trois pays (le Zimbabwe, la Namibie et les Comores – mais la période couverte n'est longue et significative que pour le Zimbabwe), et dans la plupart des autres pays elles sont comprises entre 1,0 et 1,5 point par an. Seuls deux pays (l'Érythrée et l'Éthiopie) ont des croissances annuelles inférieures à 1 point de pourcentage par an. Il en est de même au Soudan.

Figure 3. Point annuel moyen d'augmentation de l'utilisation de méthodes de contraception (modernes et traditionnelles) parmi les femmes en union de 15 à 49 ans



Source : ORC Macro (2007), United Nations (2005) et résultats des enquêtes démographiques et de santé publiés en 2006 et 2007 (y compris résultats préliminaires).

Pour l'ensemble des méthodes de contraception, les résultats sont la somme de l'augmentation des points annuels de prévalence des méthodes modernes et des méthodes traditionnelles. Pour un peu plus de la moitié des pays (20 sur 38), l'augmentation des points annuels de prévalence pour l'ensemble des méthodes est supérieure à celle concernant les seules méthodes modernes. Cela signifie que, parallèlement à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne, l'utilisation des méthodes traditionnelles a également continué d'augmenter. L'augmentation de l'utilisation des méthodes traditionnelles entre les deux enquêtes considérées est particulièrement importante dans cinq pays (en République démocratique du Congo, en République centrafricaine, au Cameroun, au Mozambique et à Maurice). Ces résultats sont peut-être dus à une augmentation importante réelle de l'utilisation des méthodes traditionnelles (du fait par exemple de la difficulté d'accès aux méthodes modernes), mais peut-être sont-ils également imputables à une meilleure prise en compte ou à une surestimation de l'utilisation des méthodes traditionnelles dans la dernière enquête. La prise en compte de l'augmentation (réelle ou non) de l'utilisation des méthodes traditionnelles majore donc de manière substantielle l'augmentation du point de prévalence pour l'ensemble des méthodes dans plusieurs pays (République démocratique du Congo, République centrafricaine, Cameroun, Mozambique et Maurice, mais aussi Ghana, Togo, Côte d'Ivoire et Guinée). Dans les autres pays (18 sur 38), les points annuels de prévalence pour l'ensemble des méthodes augmentent moins que ceux des seules méthodes modernes. Cela signifie que parallèlement à l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne, l'utilisation des méthodes traditionnelles a diminué. Ces évolutions peuvent être le résultat de la préférence des utilisatrices (anciennes et nouvelles) pour les méthodes modernes plus efficaces, au détriment donc des méthodes traditionnelles. Mais il peut s'agir aussi d'un biais de collecte, l'utilisation des méthodes traditionnelles ayant été sous-estimée dans la dernière enquête par rapport à la première enquête considérée. La désaffection pour les méthodes traditionnelles ne se traduit cependant que dans quelques pays (par exemple les Comores et le Zimbabwe) par des augmentations nettement inférieures du point de prévalence de l'ensemble des méthodes par rapport à celles trouvées pour les seules méthodes modernes. Mais dans trois pays (Gambie, Angola, Tchad), la diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles entre les deux enquêtes considérées paraît plus importante que l'augmentation du pourcentage des utilisatrices de méthodes modernes, ce qui explique que l'on y observe, en ce qui concerne ces pays, des « points de pourcentage annuels moyens d'augmentation de la prévalence de la contraception » négatifs pour l'ensemble des méthodes (tableau 12 et figure 3).

Au total, l'augmentation moyenne de l'utilisation des méthodes modernes de contraception n'est proche de 2 points par an que dans 3 pays seulement, sur les 38 examinés, et elle est comprise entre 1,6 et moins de 1,5 point par an dans 10 pays. Elle est donc inférieure à 1 point par an dans les 25 autres, parmi lesquels 7 pays enregistrent des augmentations moyennes de l'utilisation des méthodes modernes entre 0,5 et 0,9 point par an, et 18 pays (presque 1 sur 2 !) enregistrent des augmentations inférieures à 0,5 point par an. Les pays où l'augmentation annuelle moyenne de l'utilisation des méthodes modernes est inférieure à 1 point par an représentent là aussi 80 % de la population de l'Afrique subsaharienne, et ceux où elle est inférieure à 0,5 point par an en représentent la moitié. Les résultats sont peu différents lorsque l'on considère l'augmentation de l'utilisation de l'ensemble des méthodes, puisque 12 pays ont des augmentations supérieures à 1 point par an, et 26 pays des augmentations inférieures à 1 point par an. Ces derniers concentrent environ 80 % de la population de la région.

Quatre Subsahariens sur cinq vivaient donc au début des années 2000 dans des pays où, premièrement, la transition de la fécondité était récente mais lente ou encore timide, voire non amorcée ; où, deuxièmement, moins de 20 % des femmes utilisaient une méthode moderne efficace de contraception ; et où, troisièmement, la progression de l'utilisation de la contraception était lente, voire très lente, c'est-à-dire inférieure à 1 point de pourcentage par an. On peut donc dire qu'à peine commencée, la « révolution contraceptive » est en panne dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

En effet, la révolution contraceptive qui accompagne la transition de la fécondité est caractérisée par le passage d'une utilisation marginale de la contraception (par 5 % à 10 % des femmes) à une utilisation généralisée, c'est-à-dire par 70 à 80 %, voire 85 % des femmes en union[8]. En Asie et en Amérique latine, près de la moitié des pays ont maintenu au cours des dernières décennies des rythmes d'augmentation de la contraception de l'ordre de 1,5 à 2 points de pourcentage par an. Dans ces pays, la révolution contraceptive s'est donc opérée en quelque 40 ou 50 ans. Dans les pays où l'augmentation a été moins rapide (proche de 1 point de pourcentage par an) la révolution contraceptive devrait s'achever en 70 ans environ (Guengant et Rafalimanana, 2005). Comme on vient de le voir, en Afrique subsaharienne, une douzaine de pays seulement (les pays d'Afrique australe et quelques pays voisins d'Afrique de l'Est) – ceux qui maintiennent des rythmes d'augmentation de l'utilisation de la contraception d'au moins 1 point par an – semblent actuellement en mesure

8. Les 15 à 30 % de femmes en union restantes qui n'ont pas besoin de contraception sont des femmes qui désirent avoir des enfants, des femmes stériles, etc.

d'achever leur révolution contraceptive assez rapidement. Les autres pays, pour la plupart situés en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, s'inscrivent aujourd'hui dans des trajectoires beaucoup plus longues. En fait, seuls le Ghana et le Cameroun, s'ils maintiennent ou augmentent leurs rythmes d'augmentation actuels (respectivement de 0,8 et 0,9 point par an pour l'ensemble des méthodes), pourraient achever leur « révolution contraceptive » et leur transition de la fécondité en 70 ou 80 ans, c'est-à-dire autour de 2050, puisque celle-ci a commencé dans les années 1980. Pour les autres pays, comme le Bénin, le Mali, le Niger et le Tchad, le maintien de leurs rythmes actuels de progression de l'utilisation de la contraception, de l'ordre de 0,2 à 0,3 point de pourcentage par an, les inscrit dans des trajectoires longues, voire très longues, de l'ordre de 200 à 300 ans !

Faiblesse des programmes de planification familiale

La faiblesse des niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne est liée à celle des programmes et activités en matière de planification familiale dans la région. Ceux-ci ont fait l'objet d'évaluations périodiques dans 80 à 90 pays en développement de 1972 à 1994, année de la conférence du Caire, puis en 1999 et en 2004 (Ross *et al.*, 1996, 2000 et 2007). Ces évaluations s'appuient, pour chaque pays, sur les interviews de divers informateurs : responsables de programmes, personnel international résidant dans ces pays, personnel local d'organisations non gouvernementales et enseignants-chercheurs (une douzaine par pays en 2004). Les réponses obtenues permettent ainsi de construire 30 indices, regroupés en quatre composantes : les politiques et les activités préparatoires à la mise en œuvre de programmes (8 indices) ; la mise en place de services et d'activités connexes (13 indices) ; l'évaluation (3 indices) ; la disponibilité et l'accessibilité à diverses méthodes de contraception et de régulation de la fécondité (6 indices). Les avis exprimés permettent de calculer pour chaque indice, pour chaque composante et pour l'ensemble, un score d'efforts ou de réalisations exprimé en pourcentage des maxima possibles (correspondant à 100 % d'avis très positifs).

Les résultats obtenus au niveau mondial indiquent une progression régulière des scores de réalisations d'ensemble, de 1972 à 1994 (de 20 à 50 % pour les moyennes non pondérées). Sans surprise, l'évaluation de 1994 donne pour l'Afrique subsaharienne un score global inférieur à celui des autres grandes régions : à peine plus de 40 % contre 50 % environ pour les pays d'Asie et d'Amérique latine. Les meilleurs résultats de l'Afrique subsaharienne concernent la composante « politiques et acti-

vités préparatoires » avec un score supérieur à 50 % (proche de celui obtenu pour l'Asie et même supérieur à celui atteint pour l'Amérique latine). Le plus mauvais résultat concerne la composante « disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception » : le score de 35 % est très inférieur à ceux obtenus pour l'Amérique latine (plus de 60 %) et l'Asie (plus de 50 %). Autrement dit, si la plupart des pays d'Afrique subsaharienne affichaient en 1994 un certain intérêt pour les questions de population et pour la planification familiale (déclarations de dirigeants, mise en œuvre de politiques démographiques, adoption de lois et règlements favorisant l'importation de contraceptifs, ainsi que la publicité en faveur de la contraception, etc.), les services correspondants n'étaient effectivement pas toujours offerts, les programmes pas toujours convenablement suivis et les contraceptifs pas facilement accessibles. Parmi les 31 pays évalués en 1994, ceux affichant les meilleurs résultats étaient les pays d'Afrique australe, à l'exception du Lesotho. En Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, aucun pays n'avait atteint, en 1994, des scores supérieurs à 50 %, en ce qui concerne à la fois les « services » et la « disponibilité ». Tel était le cas également des pays de l'Afrique de l'Est, à l'exception du Kenya, de Maurice et du Zimbabwe, les seuls à avoir de « bons scores » (Guengant et May, 2006).

Dix ans après la conférence internationale du Caire, l'évaluation faite en 2004 sur 33 pays, qui représentaient 85 % de la population de l'Afrique subsaharienne, permet de constater qu'en Afrique comme ailleurs quelques progrès ont été accomplis[9]. Ces progrès concernent en particulier les activités d'évaluation des programmes, dont le score (50 %) est maintenant quasi identique à celui des « politiques et activités préparatoires ». Quelques progrès sont également à noter pour la composante « disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception », mais le score correspondant (40 % en moyenne non pondérée) reste médiocre, comme celui concernant les services, lequel ne semble guère avoir progressé. On notera que pour ces deux composantes (disponibilité et accessibilité à diverses méthodes de contraception, d'une part, et services, d'autre part) l'Afrique francophone obtient de moins bons résultats que l'Afrique anglophone (Ross *et al.*, 2007). Finalement, en 2004, dans 23 pays sur 33 (près de 90 % de la population des pays enquêtés), le score global était toujours inférieur à 50 %, et dans 4 pays (23 % de la population des pays enquêtés) il était même inférieur à 33 % (République démocratique du Congo, Tchad, Niger et Congo). Ces résul-

9. Les résultats de l'enquête de 2004 ne sont pas strictement comparables à ceux de l'enquête de 1994. D'une part les pays couverts ne sont pas strictement les mêmes, d'autre part le questionnaire (dit « court »), employé en 1999 et 2004, donne des résultats légèrement inférieurs à ceux des enquêtes précédentes.

tats reflètent bien la faiblesse des services offerts, en particulier le manque de disponibilité et d'accessibilité à diverses méthodes de contraception pour environ 90 % de la population de l'Afrique subsaharienne vivant dans des pays où les scores pour ces deux composantes restent médiocres.

Les meilleurs scores obtenus en Asie et en Amérique latine s'expliquent paradoxalement par des arrangements institutionnels très différents. Ainsi, en Asie, c'est le fort engagement gouvernemental dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de population et de planification familiale qui explique le succès de ces programmes. Des politiques de population, visant explicitement à réduire la croissance démographique, ont été appliquées par des institutions publiques créées par les gouvernements (en Chine, en Indonésie et en Iran, par exemple) ou avec l'aide d'associations communautaires et privées, comme au Bangladesh et en Thaïlande. En Amérique latine et dans les Caraïbes, en revanche, la progression de l'usage de la contraception a été le plus souvent le résultat de l'activisme d'associations privées, pour la plupart membres de la Fédération internationale de planification familiale/International Planned Parenthood Federation (IPPF), qui ont organisé dès les années 1960 ou 1970 des consultations de planification familiale dans leurs propres cliniques, en dépit de l'opposition de l'Église catholique et de l'attitude souvent hostile des gouvernements. C'est le cas notamment au Brésil, en Colombie et en Équateur. C'est ainsi qu'en Amérique latine les services de planification familiale sont principalement recensés dans le secteur privé et qu'un grand nombre de femmes obtiennent leurs moyens contraceptifs dans les pharmacies où ils sont largement disponibles (United Nations, 2004a).

En Afrique subsaharienne, la faible implication des gouvernements, l'adoption tardive (souvent à la fin des années 1980 ou 1990) de politiques nationales de population ou de politiques favorisant la planification familiale, le peu d'intérêt du mouvement associatif pour ces questions, l'insuffisance des ressources et de la capacité d'absorption sont autant de raisons qui ont retardé la mise en place de programmes efficaces (Caldwell et Caldwell, 2002). Il est vrai que le niveau de la demande concernant les services de planification familiale est relativement faible. En effet, si l'on ajoute à l'utilisation actuelle de contraceptifs (qui, comme on l'a vu, est de l'ordre de 10 à 40 %) les besoins non satisfaits[10], on obtient un niveau estimatif de la demande totale d'environ 50 à 60 % seulement des femmes en union, niveau inférieur à celui des autres

10. Les besoins non satisfaits sont définis comme le pourcentage des femmes en union qui ne désirent plus avoir d'enfant ou qui souhaitent espacer leur prochaine grossesse d'au moins deux ans, mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception.

régions du monde, où il se situe entre 70 et 80 %. La relative faiblesse de la demande de contraception en Afrique subsaharienne s'explique par divers facteurs (cf. chapitre 4), et elle est peut-être également due au fait que les acteurs institutionnels ont, jusqu'ici, mis exclusivement l'accent sur l'espacement des naissances. En effet, pour différentes raisons (désir de respecter les valeurs traditionnelles, crainte d'être critiqué par les opposants – religieux et autres – à la planification familiale, etc.), les dirigeants politiques, les responsables de la politique démographique, le personnel de santé et les médias continuent de présenter la planification familiale uniquement comme un moyen d'espacer les naissances, sans évoquer son rôle dans la taille de la famille. Pourtant, à en juger par les faibles taux d'utilisation de la contraception dans la région, les besoins insatisfaits sont importants, y compris, dans des proportions qui varient selon les pays, pour limiter la taille de la famille.

Santé de la reproduction : qui trop embrasse mal étreint, ou la dilution des priorités

On aurait pu s'attendre à ce que l'approche globale basée sur la santé de la reproduction et les droits reproductifs, retenue dans le Programme d'action adopté au Caire en 1994, se traduise en Afrique subsaharienne par la mise sur pied de programmes pour la promotion de l'accessibilité et de l'utilisation des services en santé de la reproduction, afin d'accélérer la progression de l'usage de la contraception. Les résultats présentés précédemment indiquent qu'il n'en a rien été.

De fait, la santé de la reproduction ne se limite pas à la planification familiale. Elle comprend également la santé maternelle et infantile, les maladies sexuellement transmissibles, la prévention et la prise en charge des malades du VIH/Sida, la stérilité, les soins post-avortement, les cancers de l'appareil génital, la violence conjugale ainsi que les droits reproductifs et sexuels de l'individu, soit au total une dizaine de composantes (Luke et Cotts Watkins, 2002). Ce type d'approche est en fait mieux adapté aux pays où les taux de prévalence de la contraception ont déjà « décollé » (ce qui était le cas de la plupart des pays asiatiques et latino-américains en 1994, où la prévalence de la contraception était souvent supérieure à 50 %) et où les problèmes ne se posent plus en termes de diffusion générale de la contraception, mais plutôt en termes d'exercice des droits reproductifs et sexuels, et d'épanouissement personnel en la matière.

Réalisée en 2003 par l'UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population), auprès de 165 pays en voie de développement, l'évaluation sur les progrès accomplis pour atteindre les objectifs du Programme d'action du

Caire révèle à ce sujet un bilan en demi-teinte (Nations unies, 2004c). Cette évaluation indique qu'une grande partie des pays concernés ont affirmé avoir mis en place des programmes de santé de la reproduction, d'égalité des sexes, de promotion du pouvoir de décision des femmes, et pris en compte les problèmes de population dans leurs programmes de développement. Près de 9 pays sur 10 ont également déclaré avoir adopté une approche plus globale en santé de la reproduction, intégrant par exemple, dans leurs paquets de soins de santé primaire, la planification familiale, la maternité sans risques, la santé de la reproduction chez les adolescents, les maladies sexuellement transmissibles et la prévention du Sida. Concernant la planification familiale, de nombreux pays déclaraient avoir considérablement amélioré l'approvisionnement en contraceptifs et donc leur disponibilité, ainsi que les services capables d'offrir à chacun l'information nécessaire à sa décision et à son choix.

Cette évaluation met aussi en évidence plusieurs difficultés majeures dans l'application des recommandations du Programme d'action du Caire, en particulier dans les pays les moins développés[11], qui se trouvent pour la plupart en Afrique subsaharienne. Parmi ces difficultés, il convient d'abord de mentionner divers facteurs sociaux et culturels tels que l'interdiction faite aux femmes d'accéder librement aux services, le nombre limité de services de qualité en santé de la reproduction, le manque d'articulation entre les services cliniques et les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC), l'absence ou la faiblesse des campagnes de plaidoyer en faveur de la santé de la reproduction et de la planification familiale. Une autre difficulté importante réside dans le manque de moyens financiers et de ressources humaines compétentes, qui empêche le développement, à un coût raisonnable, de services accessibles à l'ensemble de la population. Dans le contexte de pénurie qui caractérise nombre de pays, les besoins non satisfaits, concernant la dizaine de composantes de la santé de la reproduction, sont considérables, et il est impossible de faire face à toutes les urgences.

De manière plus spécifique, deux difficultés majeures ont été mises en avant quant à l'application du Programme d'action du Caire. Tout d'abord il est difficile d'intégrer les services en santé de la reproduction dans le système de santé publique, lorsque ces systèmes sont eux-mêmes en crise. Ensuite la concurrence entre les différentes composantes de la santé de la reproduction aboutit à une dilution des priorités, sans parler de la concurrence entre priorités plus générales (santé, éducation, lutte

11. La liste des « pays les moins avancés » établie par le Conseil économique et social des Nations unies (à partir de trois critères : faiblesse du niveau de vie, insuffisance des ressources humaines, manque de diversification économique) comprenait, en 2003, 49 pays, dont 34 (70 %) pays d'Afrique subsaharienne.

contre la pauvreté, environnement, etc.). Il est plus coûteux, mais plus facile et souvent plus efficace, de développer des services verticaux, comme le montre l'exemple des programmes de population en Asie, mais aussi celui des programmes de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la poliomyélite en Afrique. Cependant, l'intégration des services de santé de la reproduction et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence pour des raisons de cohérence et d'économie, car cette intégration, en s'appuyant sur les centres de santé et sur le personnel existant, rend, en principe, ces services plus accessibles à l'ensemble de la population. Mais cette intégration a aussi un coût non négligeable et requiert la formation des personnels prestataires de services ainsi que l'organisation d'une logistique efficace (importation, stockage, distribution des contraceptifs), ce qui n'est pas évident dans de nombreux pays, notamment en zone rurale, où les centres de santé sont mal dotés en personnel, en matériel et en médicaments. Par ailleurs, des enquêtes anthropologiques, effectuées récemment dans plusieurs capitales d'Afrique de l'Ouest, ont montré que, même en milieu urbain, la qualité des soins fournis dans les services publics s'était nettement détériorée ces dernières années. Le fonctionnement de ces services est en effet entravé par plusieurs facteurs, parmi lesquels la démoralisation des équipes, liée à l'insuffisance des rémunérations, au manque de médicaments, à la corruption, etc. Les personnels ne donnent même pas aux femmes qui se présentent en consultation pré ou postnatale l'information la plus basique sur la planification familiale, alors même que cette information fait normalement partie de leurs tâches (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). En ce qui concerne le problème de la concurrence entre les différentes composantes de la santé de la reproduction, dans les pays les moins développés où la fertilité reste très élevée, la priorité implicite ou explicite est souvent donnée aux femmes enceintes, aux accouchements et à leurs complications, et aux jeunes enfants, aux dépens de la planification familiale, car ces besoins sont souvent, en effet, les plus urgents et les plus immédiats. Nombre de pays moins développés ont ainsi admis que leurs programmes n'étaient pas prêts à l'intégration, non seulement du fait des goulets d'étranglement institutionnels et opérationnels évoqués précédemment, mais aussi parce que, dans le contexte particulier qui est le leur, l'approche globale recommandée en santé de la reproduction a fait passer la planification familiale au second plan (United Nations, 2004b).

On aboutit à un constat similaire au niveau international. L'approche globale en santé de la reproduction, retenue dans le « Programme d'action de 20 ans » adopté au Caire en 1994, a certes influencé jusqu'à un certain point la définition des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés suite au sommet du Millénaire organisé à New York en septembre 2000 sous l'égide des Nations unies. En effet, parmi

les huit retenus, quatre objectifs se réfèrent explicitement à la santé de la reproduction. Il s'agit de l'objectif numéro 3, « Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes », de l'objectif numéro 4, « Réduire la mortalité infantile », de l'objectif numéro 5, « Améliorer la santé maternelle », et de l'objectif numéro 6, « Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies » (United Nations, 2005). Aucun des huit objectifs, cependant, ni aucune des 18 cibles spécifiques qui leur sont associées ne se réfère à la planification familiale. Celle-ci n'apparaît en fait qu'incidemment parmi les indicateurs de la cible 7 qui concerne le VIH/Sida[12] dans l'objectif 6. Parmi les trois indicateurs retenus pour cette cible, l'indicateur 19, qui est le « taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs », a été curieusement scindé en trois sous-indicateurs : l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque ; la population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/Sida ; et le taux d'utilisation de la contraception. Ce « strapontin » accordé à la planification familiale, dans le document sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, signifie clairement que celle-ci reçoit désormais moins d'attention au niveau international que la lutte pour la réduction de la pauvreté et du VIH/Sida. Ce glissement de priorités signifie également, selon une étude réalisée en 2003 auprès d'observateurs et d'acteurs essentiels de la planification familiale, que le point de vue dominant actuel au niveau international est que les programmes de développement dans le monde ne sont réellement efficaces que s'ils concernent la réduction de la pauvreté et qu'ils sont moins utiles s'ils visent à fournir des services spécifiques, tels que la planification familiale (Blanc et Tsui, 2005). La réalisation de la plupart des Objectifs du Millénaire reste pourtant conditionnée, dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne, par la maîtrise de la croissance démographique et de la fécondité. En effet, le doublement de la population scolarisable tous les vingt ans constitue une contrainte sévère pour la scolarisation de tous les enfants. Par ailleurs, le lien est bien établi entre, d'une part, une fécondité non maîtrisée (caractérisée par des grossesses nombreuses, précoces, rapprochées et par le recours à l'avortement) et, d'autre part, des taux élevés de mortalité infantile, juvénile et maternelle.

Dans ces conditions, il est curieux de constater l'absence de référence à l'engagement suivant, pris au Caire : « Tous les pays devraient prendre des mesures pour satisfaire le plus tôt possible les besoins de leur population dans le domaine de la planification familiale et, d'ici à 2015, s'efforcer dans tous les cas de mettre à la disposition de chacun une

12. La cible 7, dans l'objectif 6 (qui concerne le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies) est libellée comme suit : « D'ici à 2015 avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle ».

gamme complète de méthodes sûres et fiables de planification familiale et de services connexes de santé en matière de reproduction qui ne soient pas contraires à la loi » (Nations unies, 1995, paragr. 7.16). De fait, cet objectif ne pourra pas être atteint par la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, où, comme on l'a vu, les taux de prévalence de la contraception se situaient, au début des années 2000, entre 10 et 40 %. La satisfaction des besoins dans le domaine de la planification familiale, qui correspond à une prévalence de l'ordre de 70 à 80 %, suppose en effet une augmentation des prévalences actuelles de 30 à 40 points, au minimum, et de 60 à 70 points, au maximum. Une telle augmentation est hors de portée pour la plupart des pays, puisqu'elle nécessite en quinze ans (entre 2000 et 2015) une augmentation de 2 à 4 points de la prévalence de la contraception par an, alors que très peu de pays dans le monde ont obtenu des croissances de leur prévalence contraceptive égales ou supérieures à 2 points.

Projections et prospectives

Quelles seront, pour les populations d'Afrique subsaharienne, les conséquences des évolutions démographiques traumatisantes du passé, de leurs évolutions récentes non maîtrisées et du glissement actuel des priorités vers la lutte contre la pauvreté et le VIH/Sida au niveau international ?

Depuis plus de cinquante ans, les Nations unies réalisent des projections démographiques aux niveaux mondial, régional et pour divers pays et territoires (228 dans la révision 2006), qui constituent une référence incontournable en la matière. Grâce à ces projections, on savait depuis le début des années 1950, à une époque où la population mondiale n'était que de 2,5 milliards d'habitants, que celle-ci devrait s'établir autour de 6 milliards en 2000, ce qui s'est effectivement réalisé. Cette « bonne » prévision ne doit cependant pas faire oublier que les projections des Nations unies ont leurs limites et qu'elles ne sont pas des prédictions. Ces projections sont des projections classiques « par composantes », qui simulent l'évolution future d'une population « de base » par âge et par sexe, en fonction de diverses hypothèses de mortalité, de fécondité et de migrations. Elles sont donc avant tout le résultat d'un jeu d'hypothèses et elles ne valent que par la qualité des données utilisées et la pertinence des hypothèses retenues. Le futur n'étant pas facile à prévoir, en particulier le futur lointain, plus on s'éloigne de l'année de départ des projections, plus les résultats des diverses hypothèses sont divergents et incertains. Ainsi, sauf catastrophes majeures, imprévisibles par nature, on peut considérer que la plupart des projections démographiques donnent des estimations raison-

nables à un horizon de dix à quinze ans. Au-delà, elles relèvent de la prospective et constituent ou devraient surtout constituer un outil de réflexion sur différents futurs envisageables en fonction des hypothèses retenues.

Ceci dit, nous examinerons successivement l'évolution des projections des Nations unies, les résultats de leur révision 2006 pour l'Afrique subsaharienne et le bon usage qu'il convient d'en faire. Nous discuterons enfin de la possibilité d'utiliser différemment les projections et de s'en servir comme outil d'aide à la décision.

L'évolution des projections des Nations unies

Les projections démographiques ont longtemps été considérées, y compris par les démographes, comme un exercice de style, purement mécanique et neutre, devant simplement s'appuyer sur une bonne analyse du passé. Par ailleurs, compte tenu de l'inertie supposée des phénomènes démographiques (du fait de l'impact des structures par âge de départ sur la dynamique démographique et de la lenteur des changements de comportements et des structures sociales qui les sous-tendent), on postulait qu'elles encadraient bien l'éventail des futurs « probables » des populations grâce à un jeu d'hypothèses dites moyenne, haute et basse.

Il faut savoir que, jusqu'à la fin des années 1990, les projections des Nations unies se sont appuyées sur un paradigme de convergence et d'équilibre qui a été, depuis, remis en cause (Guengant, 2002b). Ce paradigme avait pour attributs une mortalité, une fécondité et des migrations internationales maîtrisées, convergeant à des horizons divers vers des espérances de vie de l'ordre de 80 ans, des soldes migratoires nuls et 2,1 enfants par femme (« le remplacement des générations »), ce qui devait conduire à terme à une croissance démographique nulle (« la croissance zéro »). En ce qui concerne la fécondité, on notera que le strict remplacement des générations n'est en fait assuré que sous deux conditions, rarement réunies dans le monde en développement, à savoir une espérance de vie à la naissance égale au moins à 70 ans et un solde migratoire nul.

De fait, le paradigme de convergence et d'équilibre, sur lequel se sont longtemps appuyées les projections démographiques, ne correspond plus au monde d'aujourd'hui, comme l'illustrent bien les diverses améliorations adoptées par les Nations unies dans la construction de leurs projections à partir des années 1990, ainsi que les hypothèses divergentes qu'elles retiennent maintenant dans leurs projections à long terme[13] (United Nations, 2004c). Ces améliorations ont d'abord porté sur, premiè-

13. Ces projections envisagent en particulier deux scénarios divergents de fécondité à long terme. Le premier suppose que la fécondité atteindra 1,5 enfant par femme au niveau

rement, la prise en compte de l'impact du VIH/Sida sur la mortalité, deuxièmement, la poursuite des migrations internationales et, troisièmement, l'acceptation de la persistance de niveaux de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme. Ces améliorations ont été complétées ensuite par l'adoption d'approches plus fines des évolutions futures de la fécondité, suite en particulier à trois conférences d'experts[14] (United Nations, 1997, 2001 et 2002b). Il faut savoir à ce sujet que l'ensemble des pays à « faible fécondité » représente aujourd'hui près de la moitié de la population mondiale. Par ailleurs, l'hypothèse retenue jusque dans les révisions 1994 et 1998 (United Nations, 1995 et 1998), selon laquelle tous les pays d'Afrique subsaharienne rattraperaient les autres par des transitions plus rapides et auraient tous dès 2040-2045 une fécondité de 2,1 enfants par femme, a été abandonnée en faveur d'hypothèses plus modulées. Les projections récentes des Nations unies (en particulier les révisions 2002, 2004 et 2006) prennent donc maintenant en compte la diversité des évolutions de la mortalité (et de l'impact de l'épidémie de VIH/Sida), de la fécondité et des migrations internationales. Les hypothèses d'évolution de la fécondité tiennent compte de la diversité des situations post-transitionnelles et, pour les pays à forte fécondité, des dates de début et de fin de transition ainsi que des rythmes de baisse. Au total, si ces projections continuent d'être un instrument de mesure de la croissance démographique, de son ralentissement et du processus de vieillissement en cours, aux niveaux mondial, régional et national, elles sont également devenues un instrument de lecture de la grande diversité démographique du monde actuel.

Quelles appréciations peut-on porter aujourd'hui sur la valeur des projections passées concernant l'Afrique subsaharienne ? Le tableau 13, ci-dessous, donne les diverses estimations et projections réalisées par les Nations unies pour l'Afrique subsaharienne entre 1957 et 2006, pour l'hypothèse moyenne.

---

mondial en 2050 et se maintiendra au-dessous de 2 enfants par femme par la suite. Le second suppose que la fécondité atteindra 2,5 enfants par femme en 2050 et se maintiendra au-dessus de 2 enfants par femme ensuite. Dans le premier cas, la population mondiale passerait de près de 8 milliards en 2050 à 5,5 milliards en 2100, dans le second, de 10 milliards en 2050 à 14 milliards en 2100.

14. Il s'agit de la conférence de 1997 sur les pays à fécondité en dessous du seuil de remplacement, de celle de 2001 sur les perspectives de baisse de la fécondité dans les pays à fécondité élevée et de celle de 2003 sur la transition de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire.

Tableau 13. Estimations et projections de la population de l'Afrique subsaharienne de 1950 à 2050 (hypothèse moyenne) selon les Nations unies, à diverses dates

Année de réalisation de la projection	Populations estimées et projetées à diverses dates (en millions)				
	1950	1975	2000	2025	2050
Population estimée et projetée (en millions)					
1957	156	***227***	***370***		
1963	179	***314***	***606***		
1973	175	***321***	***662***		
1980	177	329	***699***	***1 300***	
1994	180	334	***685***	***1 286***	***1 884***
1998	177	326	***641***	***1 095***	***1 521***
2002	177	327	654	***1 085***	***1 557***
2006	180	336	680	***1 194***	***1 761***
Ecart (en %) entre les estimations à une même date entre projections					
1957/1980	13	45	89		
1957/2006	15	48	84		
1998/2006	2	3	6	9	16
2002/2006	2	3	4	10	13

Source : Rapports des Nations unies sur les projections aux dates indiquées.
Les chiffres en gras et en italique sont des projections.

Les estimations et projections réalisées dans les années 1950 (en 1951, 1954 et 1957) ont sous-estimé non seulement la population en 2000, mais aussi la population en 1950. Il faut dire qu'à l'époque les données faisaient défaut pour la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Est. Les niveaux de mortalité, en particulier, que l'on savait élevés, restaient mal connus, et il était alors difficile d'envisager leur baisse rapide (United Nations, 1958). Cependant, dès le début des années 1960, la disponibilité de nouvelles données a permis à la fois d'améliorer les estimations passées et les projections. Ainsi, les chiffres donnés pour 1950 par les projections réalisées en 1963 (179 millions) n'ont subi que de très légères modifications par la suite. Cependant, alors que les projections réalisées en 1963 indiquaient pour 2000 une population de 603 millions, l'estimation faite en 1980 était de presque 700 millions. Finalement, la population en 2000 a été estimée, en 2006, à 680 millions. Pour 2050, les chiffres donnés par les diverses

projections réalisées entre 1994 et 2006 varieront ensuite entre 1,9 milliard (révision 1994) et 1,5 milliard (révision 2002), ceci toujours pour l'hypothèse moyenne. Ces variations importantes sont le résultat de deux facteurs : l'évolution supposée de la fécondité et l'impact de l'épidémie de VIH/Sida, qui se sont compensés ou additionnés selon les projections. Ainsi, la révision 1994, qui donne pour 2050 le chiffre le plus élevé (près de 1,9 milliard), s'appuie sur l'hypothèse d'une baisse très rapide de la fécondité, sans tenir compte de l'impact meurtrier de l'épidémie de VIH/Sida. La prise en compte de cet impact dans la révision 1998 se traduit, pour 2050, par le chiffre de 1,5 milliard, inférieur de 360 millions au chiffre donné en 1994. Le retour à des estimations plus hautes lors des révisions 2004 et 2006 tient à l'hypothèse d'une baisse moins rapide de la fécondité (et de l'abandon de la convergence vers 2,1 enfants par femme en 2040-2045) ainsi qu'à l'hypothèse d'un impact moins meurtrier du VIH/Sida. Au-delà des variations des résultats globaux, observées d'une projection à l'autre pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, il est donc important de bien connaître les changements d'hypothèses qui sont derrière les révisions opérées à chaque nouvelle projection, au niveau de chaque pays et de chaque région.

Les résultats de la révision 2006 pour l'Afrique subsaharienne

La révision 2006, publiée en 2007, des projections des Nations unies pour 48 pays d'Afrique subsaharienne, s'appuie sur les données les plus récentes (recensements, enquêtes diverses) disponibles pour ces pays courant 2006. Il est important de savoir que ces projections sont construites à partir de modèles empiriques d'évolution des indices synthétiques de fécondité et des espérances de vie à la naissance, modèles qui sont basés sur les évolutions observées ailleurs dans le monde (notamment dans le monde en développement). Les populations projetées en 2050 pour chaque pays, ainsi que les hypothèses d'évolution de la fécondité et de la mortalité, retenues pour l'hypothèse moyenne, sont présentées dans le tableau 14 (United Nations, 2007).

Tableau 14. Projections : indicateurs démographiques en 2000, 2050, 2000-2005 et 2045-2050

Pays	Population totale			Indiee synthétique de fécondité		Espérancc de vie à la naissance		Taux d'aecroissement naturel en %, 2045-50
	en 2000 (millions)	en 2050 (millions)	Ratio 2050/ 2000	2045-50	Différence avec 2000-05:	2045-50	Différence avec 2000-05:	
Afrique de l'Ouest								
Bénin	7,2	22,5	3,1	2,5	-3,4	70,7	+ 16,3	1,4
Burkina Faso	11,9	37,5	3,2	2,7	-3,6	65,2	+ 14,5	1,5
Cap-Vert	0,5	1,0	2,2	2,0	-1,7	78,6	+ 8,4	0,9
Côte d'Ivoire	17,0	34,7	2,0	2,2	-2,8	62,6	+ 15,8	0,9
Gambie	1,4	3,6	2,6	2,3	-2,9	71,5	+ 13,5	1,1
Ghana	20,1	41,9	2,1	2,1	-2,3	70,9	+ 12,4	0,8
Guinée	8,2	22,7	2,8	2,5	-3,3	71,9	+ 18,2	1,5
Guinée-Bissau	1,4	5,3	3,9	3,2	-3,9	61,7	+ 16,2	2,0
Liberia	3,1	12,5	4,1	3,3	-3,5	60,5	+ 16,7	2,0
Mali	10,0	34,2	3,4	2,8	-3,9	68,2	+ 16,4	1,8
Mauritanie	2,6	6,4	2,5	2,2	-2,6	73,6	+ 11,4	1,0
Niger	11,1	53,2	4,8	3,8	-3,7	69,8	+ 15,3	2,4
Nigeria	124,8	288,7	2,3	2,4	-3,5	62,1	+ 15,5	1,0
Sénégal	10,3	25,3	2,4	2,3	-3,0	71	+ 9,4	1,1
Sierra Leone	4,5	13,5	3,0	3,1	-3,4	56,8	+ 15,8	1,6
Togo	5,4	14,1	2,6	2,0	-3,4	70,1	+ 12,5	1,0
Afrique centrale								
Angola	13,9	44,6	3,2	3,0	-3,8	58,2	+ 17,2	1,6
Cameroun	15,9	33,1	2,1	2,2	-2,7	64,4	+ 14,5	0,9
Centrafrique	3,9	7,6	2,0	2,3	-2,7	58,6	+ 15,3	0,9
Congo	3,2	7,6	2,4	2,3	-2,5	67,8	+ 14,8	1,1
Congo (R.D.)	50,7	186,8	3,7	3,0	-3,7	60,9	+ 15,9	1,8
Gabon	1,2	2,1	1,8	2,0	-1,4	69,4	+ 12,6	0,5
Guinée équatoriale	0,4	1,2	2,7	2,6	-3,1	66	+ 16,7	1,4
Sao Tomé et Principe	0,1	0,3	2,1	2,1	-2,2	73,9	+ 9,6	1,1
Tchad	8,5	29,4	3,5	2,8	-3,7	65,2	+ 14,7	1,7
Afrique de l'Est								
Burundi	6,7	28,3	4,2	3,5	-3,3	63,8	+ 16,4	2,2
Comores	0,7	1,7	2,5	2,2	-2,7	75,9	+ 12,9	1,2
Djibouti	0,7	1,5	2,0	2,1	-2,4	68,8	+ 15,4	0,7
Érythrée	3,7	11,5	3,1	2,4	-3,1	69,8	+ 14,6	1,3
Éthiopie	69,4	183,4	2,6	2,5	-3,3	67,3	+ 16,6	1,3
Kenya	31,3	84,8	2,7	2,4	-2,6	67,2	+ 16,2	1,3
Madagascar	16,2	44,5	2,7	2,3	-3,0	71,3	+ 14,0	1,3
Malawi	11,6	31,9	2,7	2,6	-3,5	60,2	+ 15,2	1,3
Maurice	1,2	1,4	1,2	1,9	-0,1	78,7	+ 6,7	-0,1
Mozambique	18,2	39,1	2,1	2,4	-3,1	57,2	+ 13,2	1,0
Ouganda	24,7	92,9	3,8	2,8	-4,0	65,2	+ 17,4	1,8
Réunion	0,7	1,1	1,5	1,9	-0,6	80,6	+ 4,9	0,2
Rwanda	8,2	22,6	2,8	2,6	-3,4	61,9	+ 18,5	1,3
Somalie	7,1	21,1	3,0	2,8	-3,7	63,7	+ 17,8	1,4
Tanzanie	33,8	85,1	2,5	2,1	-3,5	66,1	+ 16,4	1,0
Zambie	10,5	22,9	2,2	2,4	-3,2	57,4	+ 18,2	1,1
Zimbabwe	12,7	19,1	1,5	2,0	-1,6	64,2	+ 24,2	0,7
Afrique australe								
Afrique du Sud	45,4	55,6	1,2	1,9	-1,0	62,6	+ 9,2	0,2
Botswana	1,7	2,7	1,6	1,9	-1,3	66,7	+ 20,1	0,6
Lesotho	1,9	2,4	1,2	2,0	-1,8	55,8	+ 11,2	0,5
Namibie	1,9	3,0	1,6	2,0	-1,6	62,4	+ 10,9	0,5
Swaziland	1,1	1,4	1,3	2,1	-1,9	53,9	+ 10,0	0,5
Soudan	33,3	73,0	2,2	2,2	-2,6	70,3	+ 13,9	0,9
Afrique subsaharienne	679,8	1760,6	2,6	2,5	-3,0	64,5	+ 15,7	64,5

Source : United Nations (2007).

Les augmentations anticipées de la population, d'ici 2050, restent considérables aux niveaux régional, sous-régional et pour la plupart des pays. La population de l'Afrique subsaharienne est en effet projetée à près de 1,8 milliard en 2050, soit 2,6 fois plus qu'en 2000[15]. Dans le même temps, les populations d'Asie, d'Amérique latine et d'Amérique du Nord ne devraient augmenter que de 40 à 50 %, et la population de l'Europe diminuer de 10 %. Au niveau sous-régional, l'Afrique centrale pourrait voir sa population multipliée par 3,2, suivie par l'Afrique de l'Est (2,7) et l'Afrique de l'Ouest (2,6). Quant à la population de l'Afrique australe, elle ne devrait augmenter que de 25 % entre 2000 et 2050 (mais la révision 2004 anticipait une croissance insignifiante de 7 %). Conséquence de la croissance plus faible de l'Afrique australe, celle-ci ne représenterait plus en 2050 que 4 % de la population de l'Afrique subsaharienne, contre 8 % en 2000. Les poids relatifs des autres sous-régions en 2050 (Afrique de l'Ouest, 35 % ; Afrique de l'Est, 39 % ; et Afrique centrale, 18 %) devraient rester pratiquement les mêmes qu'en 2000.

Dans 4 pays sur 5 (39 pays sur 48), les populations seront, en 2050, au moins le double de ce qu'elles étaient en 2000. Mais, dans 14 de ces pays, les populations en 2050 pourraient être 3 fois plus nombreuses qu'en 2000. Ces augmentations importantes sont le résultat de niveaux de fécondité élevés en 2000-2005 et de la progression rapide supposée des espérances de vie à la naissance. Ces augmentations sont d'autant plus remarquables que l'on a supposé quasiment partout une diminution de moitié des niveaux de fécondité. Mais cette baisse rapide de la fécondité est compensée par la forte augmentation du nombre de femmes en âge de procréer, dont les effectifs devraient être multipliés par trois d'ici 2050, conséquence de l'extrême jeunesse des populations actuelles. Finalement, des augmentations modestes de population (entre 20 et 76 %, inférieures donc à un doublement) ne sont anticipées que dans 1 pays sur 5 (9 pays sur 48). Sont concernés les cinq pays d'Afrique australe et le Zimbabwe voisin, la Réunion, Maurice et le Gabon. Ces pays ont, en 2000-2005, les fécondités les plus basses de la région, inférieures à 4 enfants par femme, mais des espérances de vie à la naissance très variables (élevées à la Réunion et à Maurice, faibles dans les cinq pays d'Afrique australe et au Zimbabwe du fait de la forte prévalence du VIH/Sida). Pour ces derniers, on anticipe une « récupération » d'ici 2050, avec des progressions des espérances de vie à la naissance de l'ordre de 10 à 20 ans.

15. La population projetée en 2050 selon l'hypothèse basse, qui correspond à une fécondité moyenne en 2045-2050 de 2,0 enfants par femme (contre 2,5 enfants pour l'hypothèse moyenne), est de 1,5 milliard. Elle est de 2 milliards selon l'hypothèse haute, qui correspond à une fécondité moyenne en 2045-2050 de 3,0 enfants par femme, et proche de 3 milliards selon l'hypothèse de fécondité constante qui correspond à 5,8 enfants par femme.

Il importe de souligner à nouveau que ces résultats sont la conséquence à la fois des structures par âge des populations en 2000 (qui sont elles-mêmes le reflet des évolutions au cours des cinquante dernières années) et des hypothèses retenues pour la fécondité, la mortalité et les migrations internationales. Ces hypothèses sont des « constructions » basées, comme on l'a dit, sur des modèles. Ainsi, une fois la transition amorcée, la fécondité, selon l'hypothèse moyenne, suit des rythmes de diminution d'environ 0,4 enfant par période quinquennale, lorsque les niveaux de fécondité sont toujours supérieurs à 6 enfants par femme. Ce chiffre se réduit progressivement à environ 0,2 enfant, lorsque l'indice synthétique de fécondité approche les 3,5 enfants par femme, suivant en cela les évolutions observées ailleurs, notamment en Asie et en Amérique latine. En ce qui concerne la mortalité, l'impact du VIH/Sida complique quelque peu les choses. En gros, on prévoit des rythmes d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance d'environ 2 ans par période quinquennale, lorsque les espérances de vie à la naissance se situent entre 40 et 50 ans. Cette progression se réduit progressivement à environ 1,5 an lorsque les espérances de vie à la naissance se situent entre 50 et 60 ans, puis à 1 an et moins lorsqu'elles sont supérieures à 60 ans. Par ailleurs, les modèles utilisés conduisent à des diminutions d'un an environ de l'espérance de vie à la naissance pour chaque point de pourcentage de prévalence du VIH/Sida dans la population adulte. Pour les migrations internationales, il est aussi difficile d'avoir des données que de prévoir leur évolution future. Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, le solde migratoire annuel pour la période 2000-2005 a été estimé par les Nations unies à –213 000, puis à –246 000 dans les années 2030 et il est supposé constant par la suite. L'Afrique de l'Ouest contribue pour environ 60 % à ce solde négatif, l'Afrique de l'Est pour 25 %, l'Afrique centrale pour 10 %, et l'Afrique australe a un solde légèrement positif (de +4 000 par an !). Ces chiffres correspondent à une infime fraction de la population de la région et de chaque sous-région (entre 0,01 et 0,05 % à partir de 2010). Ceci signifie que les migrations internationales, telles qu'elles sont projetées actuellement, n'ont quasiment aucun impact sur la dynamique démographique future de la région et de ses diverses sous-régions.

Compte tenu de la diversité des niveaux actuels de fécondité et de mortalité, les modèles d'évolution utilisés conduisent en 2045-2050 à des niveaux qui sont encore loin d'être convergents. Ainsi en ce qui concerne la fécondité, selon l'hypothèse moyenne retenue, près d'un pays sur cinq (7 pays sur 48) pourrait toujours avoir en 2045-2050 un indice synthétique de fécondité supérieur à 3 enfants par femme (entre 3,8 et 3,0 enfants ; par ordre décroissant : Niger, Burundi, Liberia, Guinée-Bissau, Sierra Leone, Angola et République démocratique du Congo), et

près de 2 pays sur 3 (30 pays sur 48), des indices synthétiques de fécondité compris entre 2,1 et 2,9 enfants par femme. Finalement, 11 pays seulement pourraient avoir des indices synthétiques de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme. Il s'agit des cinq pays d'Afrique australe et du Zimbabwe, de trois îles (Cap-Vert, Maurice, Réunion), du Gabon et du Togo. En ce qui concerne la mortalité, selon les hypothèses retenues, la plupart des pays (41 sur 48) pourraient avoir, en 2045-2050, des espérances de vie à la naissance supérieures à 60 ans, et dans 14 pays celles-ci pourraient même être supérieures à 70 ans (elles seraient alors supérieures à 85 ans dans de nombreux pays d'Europe). Il resterait encore 7 pays ayant des espérances de vie à la naissance inférieures à 60 ans, parmi lesquels 5 pays (Swaziland, Lesotho, Mozambique, Zambie, République centrafricaine) avaient, fin 2005, des taux de prévalence du VIH/Sida supérieurs à 10 %. Les taux annuels, relativement élevés, d'accroissement naturel de la population, prévus pour 2045-2050, sont évidemment le résultat de ces hypothèses (comme le sont d'ailleurs les structures par âge projetées en 2050). Ces taux devraient rester supérieurs à 1 % par an dans 2 pays sur 3, et même supérieurs à 2 % dans 4 pays (Niger, Burundi, Liberia et Guinée-Bissau). Il est donc clair, selon la révision 2006 des projections des Nations unies, que la transition démographique ne sera pas encore achevée en Afrique subsaharienne en 2050, contrairement à une idée encore trop largement reçue.

Du bon usage des projections

Les diverses projections publiées par les Nations unies sont directement ou indirectement à l'origine d'appréciations quelquefois erronées sur l'avenir démographique de l'Afrique subsaharienne, du fait d'une lecture trop rapide des évolutions en cours. Ainsi, dans une contribution à l'ouvrage *L'Afrique des idées reçues* figure en bonne place l'idée largement répandue mais inexacte de la fin prochaine de l'explosion démographique en Afrique subsaharienne (Courade et Tichit, 2006). On y trouve en effet les remarques suivantes : « La baisse de la fécondité africaine a été soudaine et prononcée à partir des années 1990. [...] L'explosion démographique va donc s'essouffler dans les premières décennies du XXI^e^ siècle. [...] La transition démographique se met en place dans un contexte international saturé, laissant peu de place aux grandes migrations de décongestion comme celles de l'Europe vers les Amériques au XIX^e^ siècle. L'Occident dominant, mais vieillissant, hésite entre la peur de disparaître et le besoin de ressources humaines. Cela alimente une politique d'ingérence dans la maîtrise de la fécondité via la planification familiale et le verrouillage des frontières » (Courade et Tichit, 2006 :

328-330). Et les auteurs de conclure : « La croissance actuelle de la population africaine n'a donc rien d'exceptionnel » (*ibid.* : 330), ce qui est *absolument inexact*... « Bien plus tardive en Afrique, cette transition [démographique ou rééquilibrage des niveaux de mortalité et de natalité] sera encore plus rapide que dans les autres pays du Sud » (*ibid.*). C'est effectivement ce que l'on pensait dans les années 1990, en posant l'hypothèse d'une transition rapide de rattrapage de l'Afrique subsaharienne par rapport au reste du monde, mais cette hypothèse, on l'a vu, s'est révélée inexacte.

Les auteurs d'un ouvrage de prospectives sur l'Afrique subsaharienne à l'horizon 2025 formulent quant à eux des avis plus nuancés, tout en privilégiant également l'hypothèse du décalage et du rattrapage (Futurs africains, 2003). Voici ce qu'ils soulignent en particulier : « Si l'explosion démographique en Afrique a été et demeure une réalité, l'analyse montre qu'il n'y a pas d'exception africaine, mais seulement un décalage entre l'Afrique et le reste du monde, et elle montre que l'Afrique est simplement en train de reprendre la place qu'elle a autrefois occupée dans la population mondiale » (Futurs africains, 2003 : 35). Et ils ajoutent : « Mais, ce décalage ne va pas disparaître rapidement et il n'est pas sans conséquences sur la façon dont les sociétés africaines s'insèrent dans le monde actuel » (*ibid.*). Au sujet de la poursuite de la transition, les auteurs de ces prospectives posent, avec pertinence, la question suivante : « L'amorce constatée de la baisse de la fécondité aura-t-elle été un phénomène en grande partie conjoncturel, lié à la crise, et la baisse va-t-elle s'arrêter hésitante au cours des prochaines décennies ? Ou va-t-elle s'accélérer ? » (*ibid.* : 40). Ils se demandent aussi : « Dans certains pays, une implosion de la population ne risque-t-elle pas de succéder à l'explosion ? Et, à l'échelle de l'Afrique, le rattrapage par rapport aux autres continents ne risque-t-il pas d'être compromis ? » (*ibid.* : 46). Mais, nous l'avons vu, l'hypothèse, encore tout récemment en vigueur, d'une diminution (implosion) des populations du fait de l'impact du VIH/Sida, notamment pour les pays d'Afrique australe, a été également abandonnée.

Dans la construction de leurs scénarios à l'horizon 2025, les auteurs considèrent cependant qu'en matière de démographie les jeux sont faits. Ils indiquent en effet que « les changements dans la fécondité auront encore peu d'impact sur la population en 2025 ; ils n'auront des effets importants qu'après cette date, si bien qu'il ne semble pas utile de retenir des hypothèses différentes pour cette variable » (*ibid.* : 114). En fait, les auteurs se réfèrent ici aux effets sur la croissance et sur la taille de la population totale. Mais, nous le verrons plus loin, les programmes de population peuvent avoir des effets importants à court terme sur l'évolution du nombre de naissances et donc du nombre d'enfants à nourrir, soigner et éduquer. Par ailleurs, pour que la réduction de la croissance

démographique puisse avoir des effets notables après 2025, il importe que le processus de maîtrise de la fécondité soit enclenché dès à présent.

Ces analyses, on pourrait en citer d'autres, mettent en évidence deux éléments importants. Tout d'abord la nécessité de suivre attentivement les révisions des projections et les publications de nouvelles données, car celles-ci sont susceptibles de modifier assez profondément les appréciations que l'on porte notamment sur les rythmes de baisse de la fécondité et sur l'impact de l'épidémie de VIH/Sida. C'est d'ailleurs pourquoi les Nations unies produisent maintenant des révisions de leurs projections tous les deux ans. Ensuite, il faut souligner à nouveau que ces projections ne sont pas des prédictions. Il s'agit de projections tendancielles, s'appuyant sur des modèles empiriques d'évolution. Elles ne tiennent pas compte des déterminants proches de la fécondité, et, concernant la mortalité, elles ne prennent en compte que l'impact du VIH/Sida. On aurait pu imaginer par exemple la prise en compte de l'impact d'autres maladies ou de l'impact positif des vaccinations sur la mortalité des enfants.

À l'occasion de la publication de leurs rapports sur les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception, les Nations unies établissent cependant une correspondance, *a posteriori*, entre les hypothèses de fécondité retenues au niveau sous-régional et les niveaux de prévalence de la contraception, négligeant ainsi l'impact des autres déterminants proches et partant du principe que les effets de l'évolution des pourcentages de femmes en union et de l'aménorrhée post-partum se compensent mutuellement[16]. Le rapport 2002 sur les niveaux et tendances de l'utilisation de la contraception dans le monde associe ainsi les niveaux de fécondité projetés pour chaque sous-région, dans la révision 2002 des projections, avec une évolution supposée des niveaux de prévalence de la contraception (United Nations, 2004a). Il ressort de cet exercice que le passage, pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, d'environ 6 enfants par femme à respectivement 3,5 et 4,4 enfants par femme, projeté entre 2000 et 2025, est associé à des augmentations de la pratique de la contraception plus élevées que celles enregistrées ces dernières années (tableau 15). Ainsi, pour l'Afrique de l'Ouest, le passage de 5,8 à 3,5 enfants par femme en vingt-cinq ans requiert une augmentation moyenne de la prévalence de la contraception de 1,3 à 1,4 point par an jusqu'en 2015 alors que l'augmentation moyenne pondérée observée ces dernières années n'a été que de 0,3 point par an pour les méthodes

16. Au cours du processus de transition démographique, souvent associé à la modernisation, on observe fréquemment, en effet, une baisse des pourcentages de femmes en union (ce qui a un effet réducteur sur la fécondité) et, parallèlement, une diminution de la durée de l'allaitement, et donc de l'aménorrhée post-partum (ce qui a un effet positif sur la fécondité). Toutefois, la compensation entre ces deux effets peut ne pas se vérifier.

modernes et de 0,4 point pour l'ensemble des méthodes ! Pour l'Afrique centrale, les hypothèses de baisse de la fécondité sont associées à une augmentation moyenne de la prévalence contraceptive de 0,4 point par an en 2000-2005, puis de 0,8/0,9 point par an, alors que l'augmentation moyenne observée ces dernières années n'a été que de 0,25 point par an pour les méthodes modernes, et de 1,1 point pour l'ensemble des méthodes, mais avec une surestimation probable de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Pour l'Afrique de l'Est, en revanche, il y a une bonne correspondance entre les hypothèses de baisse de la fécondité et les augmentations moyennes de la prévalence de la contraception qui leur sont associées : un point par an, ce qui correspond à ce qui a été observé ces dernières années. Il en va de même pour l'Afrique australe pour la période la plus récente, 2000-2005.

Tableau 15. Évolution des indices synthétiques de fécondité, selon l'hypothèse moyenne de la révision 2002 des projections des Nations unies, dans les diverses sous-régions d'Afrique subsaharienne de 2000 à 2025, et niveaux associés de prévalence de la contraception supposés

Indices synthétiques de fécondité projetés (projections 2002)

	Années					
Sous-régions	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Afrique de l'Ouest	5,8	5,3	4,8	4,3	3,9	3,5
Afrique centrale	6,3	6,1	5,8	5,3	4,9	4,4
Afrique de l'Est	5,8	5,4	5,0	4,5	4,1	3,7
Afrique australe	2,9	2,7	2,4	2,3	2,1	2,0

Prévalences associées supposées de la contraception (en %)

	Années					
Sous-régions	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Afrique de l'Ouest	15	22	29	36	42	46
Afrique centrale	23	25	29	33	38	42
Afrique de l'Est	23	28	33	39	44	48
Afrique australe	54	58	61	64	65	67

Augmentations annuelles moyennes en point de pourcentage

	Périodes				
Sous-régions	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Afrique de l'Ouest	1,3	1,4	1,4	1,1	0,8
Afrique centrale	0,4	0,8	0,9	0,9	0,9
Afrique de l'Est	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9
Afrique australe	0,8	0,6	0,5	0,3	0,3

Source : United Nations (2004a).

Ces résultats soulignent la fragilité, attendue et tout à fait normale, des niveaux de fécondité projetés. À ce sujet, il a été montré qu'en supposant une simple augmentation moyenne de la prévalence de la contraception de 0,5 point par an, la fécondité pourrait baisser en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est d'environ 6 enfants par femme en 2000 à 5 enfants par femme en 2030 et 4,5 en 2050 (Guengant et May, 2006). Mais avec une augmentation moyenne d'1 point de la prévalence de la contraception par an, la fécondité pourrait être d'environ 3 enfants par femme en 2050 (3,3 en Afrique de l'Ouest et 2,8 en Afrique de l'Est). Or la fécondité projetée par les Nations unies est plus basse, puisqu'elle est de 2,5 enfants par femme en 2050 (dans la révision 2002, comme dans la révision 2006). Selon le modèle utilisé, l'augmentation moyenne de la prévalence d'un point par an, observée ces dernières années en Afrique de l'Est, paraît donc cohérente quoique peut-être insuffisante pour atteindre les niveaux de fécondité projetés séparément. Il n'en va pas du tout de même concernant l'Afrique de l'Ouest, où l'augmentation moyenne de la prévalence observée ces dernières années (0,3/0,4 point par an) est trois fois plus faible que celle qu'il conviendrait d'avoir pour atteindre les niveaux de fécondité projetés. Pour l'Afrique centrale, avec une augmentation moyenne d'un point de la prévalence contraceptive, la fécondité serait de 4,2 enfants par femme en 2050 (contre 2,6 projetés dans la révision 2002 et 2,8 dans la révision 2006). Cette baisse modeste est le résultat de l'emploi massif de méthodes traditionnelles peu efficaces dans cette sous-région. Comme pour l'Afrique de l'Ouest, l'augmentation moyenne de la prévalence contraceptive, observée ces dernières années en Afrique centrale (0,25 point par an pour les méthodes modernes), paraît beaucoup trop faible par rapport à ce qu'il conviendrait d'avoir pour atteindre les niveaux de fécondité projetés.

En fait, dans le modèle utilisé, il faut combiner une augmentation annuelle de la contraception d'un point par an et l'emploi de méthodes modernes, efficaces, de contraception par plus de 90 % des utilisatrices (comme c'est le cas en Afrique australe, mais ce qui suppose aussi des programmes de planification familiale efficaces), pour arriver à des niveaux de fécondité se situant entre 2,1 et 2,6 enfants par femme en 2050, proches de ceux projetés par les Nations unies (Guengant et May, 2006). Ces résultats suggèrent donc que les baisses de la fécondité pourraient être beaucoup moins rapides que celles qui sont anticipées actuellement, notamment pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. Certes, les baisses futures de la fécondité peuvent être accélérées, du moins en partie, par le jeu d'autres déterminants, en particulier par des baisses importantes des pourcentages de femmes en union, par un recours massif à l'avortement ainsi que par un passage massif des méthodes traditionnelles à des méthodes modernes plus efficaces (qui permettent d'arriver à

un niveau donné de fécondité – 3 enfants par femme par exemple – avec un pourcentage moindre de femmes utilisant la contraception). On pourrait aussi supposer une accélération prochaine, majeure, de la diffusion de l'usage de la contraception. Cependant, les résultats les plus récents à ce sujet ne vont pas dans le sens de cette hypothèse, au contraire. D'autre part, le basculement des priorités, au niveau international, vers la lutte contre la pauvreté n'est pas favorable non plus, on l'a vu, à un soutien renouvelé et conséquent des programmes de planification familiale.

Les projections comme outil d'aide à la décision

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause l'utilité des projections tendancielles des Nations unies ou des autres projections de ce type, qui restent nécessaires. Il convient simplement de souligner que les projections peuvent également être utilisées comme outil d'aide à la décision. C'est le cas en particulier des projections que l'on peut faire avec le modèle « Spectrum » développé par « The Futures Group International » (Stover et Heaton, 1999 ; Stover, 1999). Fondé sur le modèle de Bongaarts (Bongaarts, 1978) et partant d'une projection démographique classique par cohorte, ce modèle permet d'évaluer les relations entre les indices synthétiques de fécondité et les déterminants proches de la fécondité (pourcentage de femmes en union, prévalence de la contraception, insusceptibilité post-partum, avortement et stérilité pathologique). Le modèle tient également compte de la répartition des méthodes utilisées, et donc de leur efficacité moyenne. Un module de ce modèle permet en outre d'évaluer les relations entre niveaux de mortalité et prévalence du VIH/Sida.

Des projections de ce type ont été réalisées récemment au Niger pour la période 2005-2050, avec pour objectif de mettre en évidence les choix stratégiques possibles en matière de population (Harouna *et al.*, 2005). Deux scénarios ont ainsi été opposés : un scénario tendanciel et un scénario d'intervention dit « appel à l'action », qui aboutissent à des résultats contrastés. Dans le scénario tendanciel, qui suppose la poursuite d'une augmentation lente de 0,5 point de pourcentage par an de la prévalence de la contraception, une efficacité moyenne faible (0,74) des méthodes utilisées (avec en conséquence un recours important aux méthodes traditionnelles) et la poursuite des mariages précoces, la population passerait de 12,5 millions en 2005 à 24 millions en 2025 et à 56 millions en 2050, chiffre proche de celui projeté par les Nations unies en 2006 (53 millions pour l'hypothèse moyenne). Selon ce scénario tendanciel, la croissance de la population serait toujours de 3,3 % par an en 2050, avec une augmentation annuelle de près de 2 millions par an, soit cinq fois plus qu'aujourd'hui. Quant au scénario interventionniste (« appel à l'action »), il suppose une progression d'un

point de pourcentage par an de la prévalence contraceptive, mais aussi la généralisation du recours à des méthodes efficaces (conduisant à une efficacité moyenne de 0,94), la lutte contre les mariages précoces et le maintien d'un allaitement maternel long. Avec ces hypothèses, la population du Niger passerait de 12,5 millions en 2005 à 21 millions en 2025 (contre 24 selon l'hypothèse précédente) et 32 millions (contre 56) en 2050. La population continuerait alors toujours de croître, mais à un rythme plus modeste (1,4 % par an), soit deux fois moins qu'aujourd'hui, et l'accroissement annuel serait de 460 000 habitants, un chiffre voisin de celui enregistré aujourd'hui (390 000 en 2005). En fait, c'est dans la comparaison de l'évolution des structures par âges que l'on voit le mieux l'impact à court terme et à long terme des hypothèses de ce scénario interventionniste (voir figures 4a et 4b). Le scénario « appel à l'action » pourrait ainsi permettre de maintenir le nombre de naissances par an entre 600 000 et 700 000, de 2005 à 2015, alors que dans le scénario tendanciel le nombre annuel de naissances serait de 1,1 million en 2015, soit deux fois plus.

Cet exercice de projection met en évidence deux points importants. Tout d'abord, contrairement à une idée reçue très tenace, les actions et les programmes dans le domaine de la population sont susceptibles d'avoir des effets à court terme, et pas seulement à long terme, lorsque l'on va au-delà de l'examen de la croissance et de la taille de la population totale. En effet, la maîtrise de la croissance des naissances et sa stabilisation rapide éventuelle permettent de consacrer davantage de moyens au « rattrapage », c'est-à-dire à l'augmentation des taux de couverture sanitaire des mères et des enfants, des taux d'entrée dans le primaire, etc. Ensuite, la réalisation des objectifs du Caire en matière de « droits reproductifs individuels » permet, à terme, d'arriver à une maîtrise de la fécondité et de la croissance démographique sans qu'il soit nécessaire de recourir « au contrôle des naissances » ou à des objectifs autoritaires et liberticides concernant la taille des familles. Le scénario « appel à l'action » est ainsi censé combiner, premièrement, le libre choix de la population d'utiliser diverses méthodes contraceptives efficaces, ce qui devrait se traduire par une augmentation réaliste régulière de l'utilisation de la contraception d'un point de pourcentage par an ; deuxièmement, une liberté plus grande concernant les mariages, qui se traduirait par une réduction majeure des mariages précoces et, en conséquence, par une diminution de la proportion des femmes en union entre 15 et 49 ans ; et, troisièmement, le maintien d'une durée élevée de l'allaitement maternel, bénéfique à la santé des enfants et de leurs mères, et favorisant l'espacement des naissances. La réalisation de ce scénario permettrait ainsi d'orienter de manière souple les politiques et les programmes à venir en termes de choix et de liberté pour les femmes et les couples dans le domaine de la santé de la reproduction.

Figure 4a. Pyramide des âges en effectifs en 2005, 2025 et 2050, scénario « appel à l'action »

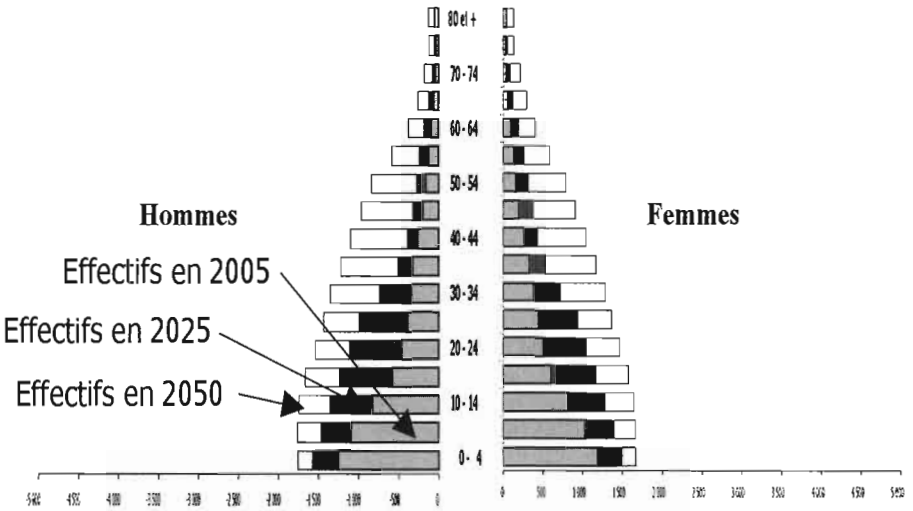
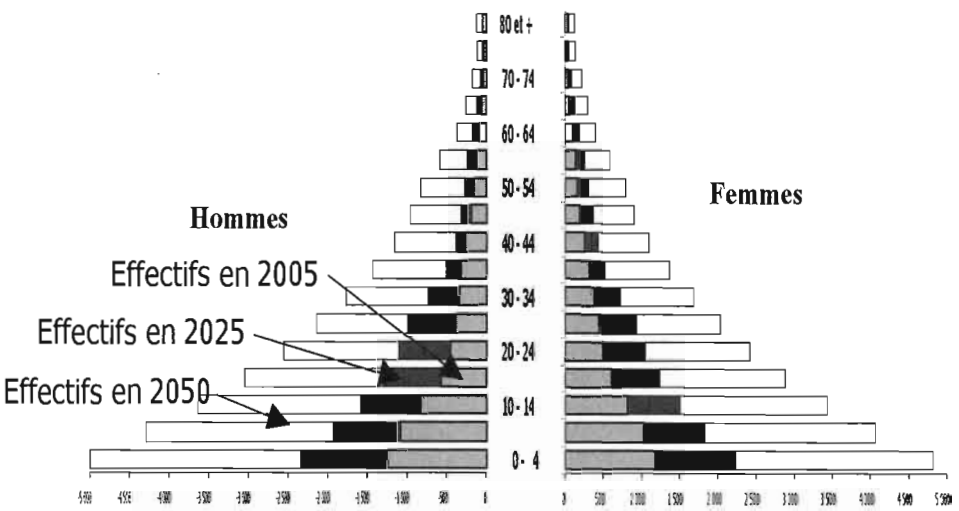


Figure 4b. Pyramide des âges en effectifs en 2005, 2025 et 2050, scénario tendanciel



Source : Harouna *et al.* (2005).

Il n'est pas question de mettre ici en avant les bénéfices immédiats qu'engendreraient les actions associées au scénario de type « appel à l'action », dans le domaine de la population, pour les opposer aux bénéfices plus lointains d'autres programmes, dans les domaines sanitaire, scolaire et du développement. Comme on l'a vu, garantir l'accès à des services en santé de la reproduction prendra probablement autant de temps, sinon plus, au Niger, que garantir l'éducation et la santé pour tous. Par conséquent, il est clair que les programmes en matière de population auront d'autant plus de succès qu'ils seront menés de manière interactive avec d'autres programmes prioritaires de développement. Cependant, la prise en compte des contraintes démographiques est également importante pour renforcer les chances de succès de ces programmes.

Il est intéressant de remarquer qu'après avoir étudié les projections publiées en 2005, et en s'appuyant sur leurs résultats, le gouvernement du Niger a adopté en Conseil des ministres, le 14 février 2007, une « Déclaration de politique de population » (UNFPA Niger, 2007). L'objectif global déclaré de cette politique reste la réduction de la pauvreté, mais ce, en partie, « grâce à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces. Ces comportements permettront d'enclencher un ralentissement progressif de la croissance démographique du pays. Pour atteindre cet objectif global, le Gouvernement entend garantir d'ici 2015, à tous ceux qui le souhaitent, l'accès à des services de proximité en santé de la reproduction sûrs, efficaces, abordables et acceptables et tout mettre en œuvre afin que l'utilisation de méthodes de contraception augmente d'au moins un point de pourcentage par an dès 2007 » (UNFPA Niger, 2007). Les initiatives que le gouvernement entend prendre pour atteindre ces objectifs sont « l'information, l'éducation et la communication en santé de la reproduction telle que définie par la loi en la matière ; l'extension de l'utilisation des services en santé de la reproduction, notamment en planification familiale ; la promotion économique des femmes ; la responsabilisation des couples ; et la prise en compte des interrelations entre population et développement » (*ibid.*).

La mise en œuvre de cette politique, adoptée donc début 2007, en est à ses débuts et il est encore trop tôt pour prédire ses chances de succès. Il est cependant évident qu'une telle politique requiert le maintien d'un engagement fort en faveur de la santé de la reproduction et de la planification familiale, suppose la lutte contre le mariage précoce et la valorisation de l'allaitement maternel, et nécessite un appui financier conséquent. En tout cas, cette initiative nigérienne relance le débat sur le contenu et l'efficacité des politiques de population adoptées en Afrique subsaharienne dans les années 1980 et 1990 comme du « prêt-à-porter », et qui

sont restées pour la plupart au niveau des déclarations faute d'engagement réel et de soutien. John May indique à ce sujet que la mise en œuvre de politiques nationales de population par les autorités publiques peut prendre trois formes. La première consiste en un ensemble d'efforts visant à promouvoir le bien-être des populations et le développement socio-économique du pays (l'objectif est consensuel mais trop large). La seconde consiste en la mise en œuvre de programmes de planification familiale (l'objectif est précis, mais trop étroit). Enfin la troisième et dernière forme est celle de l'adoption formelle de politiques de population (ayant divers contenus possibles). Ces trois formes ne sont pas exclusives (May, 2005). L'auteur souligne qu'il reste important, compte tenu des multiples contraintes auxquelles les gouvernements sont confrontés, de bien évaluer et définir les priorités, d'avoir des stratégies d'intervention précises, de rechercher le soutien de la population et d'obtenir sa participation, la plus large possible, aux objectifs de la politique de population retenue. Et de conclure que les politiques de population, loin d'être démodées, sont toujours pertinentes, à condition d'être bien en phase avec les problèmes de population spécifiques qui se posent dans chaque pays.

Conclusion

L'ensemble des résultats présentés dans ce chapitre pointe vers une conclusion essentielle. Contrairement à une idée largement répandue, imputable à une lecture trop rapide des évolutions en cours, la transition démographique, même si elle est effectivement engagée, ne sera pas achevée dans les décennies qui viennent, en tout cas pas avant 2050, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Qu'il s'agisse des niveaux projetés de fécondité, de mortalité ou de croissance démographique, il semble qu'en 2045-2050, une douzaine de pays seulement pourraient avoir une fécondité de 2 enfants par femme ou moins, en moyenne, et une espérance de vie à la naissance supérieure à 70 ans. Par ailleurs, seuls une demi-douzaine de pays pourraient avoir une croissance annuelle de leur population de 1 % ou moins. Au niveau global, l'Afrique subsaharienne pourrait ainsi continuer à avoir, entre 2045-2050, une croissance démographique annuelle de 1,3 %, c'est-à-dire six fois plus élevée que les croissances anticipées pour l'ensemble de l'Asie et de l'Amérique latine (qui seraient alors de 0,2 % par an).

Parallèlement, l'idée que le VIH/Sida constitue une menace sérieuse pour la survie et la santé des populations d'Afrique subsaharienne est

toujours dominante. Cette menace existe, et elle est même très sérieuse dans une demi-douzaine de pays. Toutefois, l'impact meurtrier de l'épidémie, tout en restant important, ne change pas fondamentalement les défis que pose la forte croissance démographique, passée et future, à la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Suite au basculement des priorités au niveau international vers la lutte contre la pauvreté leur ampleur est au mieux sous-estimée, au pire ignorée. Pourtant ces défis sont considérables et sont susceptibles d'enfermer nombre de pays dans des trappes à pauvreté dont ils pourraient avoir des difficultés à sortir.

Ces défis sont multiples mais ils restent liés à deux dimensions essentielles. La première concerne le temps. Les baisses de fécondité et de mortalité anticipées (notamment pour les enfants) peuvent avoir des effets relativement rapides sur le nombre d'enfants et les services qui leur sont associés (structures et personnels pour les accouchements, les soins, les vaccinations, etc.). Mais les effets de ces baisses sont décalés de 15 à 20 ans en ce qui concerne les jeunes adultes et donc les arrivées sur les marchés de l'emploi africains. Ils sont décalés d'au moins 60 ans pour ce qui est des effectifs des « vieux », comme on dit en Afrique. La deuxième dimension attachée aux défis démographiques qui se posent en Afrique subsaharienne est l'optimisme relatif des hypothèses des projections. Les baisses rapides de la mortalité ou de la fécondité, anticipées dans la révision 2006 des projections des Nations unies, sont en effet relativement « optimistes ». On oublie à ce sujet que l'écart de population, projeté en 2050, entre l'hypothèse dite basse et l'hypothèse dite haute (1,5 milliard et 2 milliards, ce qui correspond respectivement à 2 et 3 enfants par femme) est d'un demi-milliard et que la réalisation de telle ou telle hypothèse dépend largement de ce qu'entreprendront dans le domaine économique et social, mais aussi dans celui de l'exercice des droits reproductifs de chacun, les différents acteurs d'aujourd'hui. Le problème ici n'est pas lié à l'effectif de la population, mais plutôt à la poursuite ou non d'un rythme élevé de croissance démographique.

En nous appuyant sur la révision 2006 des projections des Nations unies, examinons maintenant les cinq principaux défis purement démographiques, c'est-à-dire liés aux effectifs et à leur croissance, qui vont se poser à l'Afrique subsaharienne.

Le premier défi auquel les pays devront faire face est l'augmentation du nombre annuel des naissances, lesquelles passeront de quelque 28 millions en 2000 à 37 millions dans les années 2030 pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, ce qui implique des besoins accrus en termes de suivi des grossesses, d'assistance à l'accouchement, de vaccinations, de soins postnataux, alors que ces services sont loin d'être assurés aujourd'hui de manière satisfaisante pour l'ensemble des populations. Ensuite, après 2030, l'hypothèse moyenne, qui prévoit une baisse rapide

de la fécondité, anticipe une stabilisation du nombre des naissances annuelles, qui pourrait aider à combler les manques quantitatifs et qualitatifs actuels. Toutefois, cette stabilisation ne pourra se produire que si la diffusion de l'usage de la contraception est organisée et stimulée.

Le second défi est celui du recul de la mortalité des enfants. L'hypothèse moyenne retient à ce sujet une diminution des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 2000 et 2050. Mais, entre ces deux dates, le nombre d'enfants de moins de 5 ans que les centres de santé auront à suivre devrait augmenter de 50 %. Cependant, ces centres de santé ne sont pas partout, aujourd'hui, en nombre suffisant et ils ne sont pas toujours correctement dotés en personnel, matériel et médicaments.

Le troisième défi est celui de la scolarisation de l'ensemble des enfants au niveau primaire et d'une fraction substantielle d'entre eux au niveau secondaire. Avec les hypothèses actuelles de baisses de la fécondité et de la mortalité, le nombre d'enfants de 5 à 14 ans devrait quasiment doubler entre 2000 et 2030, et il ne sera pas encore définitivement stabilisé en 2050. Or la scolarisation au primaire n'est pas encore universelle dans tous les pays, et la scolarisation au niveau secondaire reste à des niveaux très modestes dans la plupart d'entre eux.

Le quatrième défi est celui de l'emploi. Tout d'abord, les arrivées sur les marchés de l'emploi vont doubler entre 2000 et 2030, et passer de 14 à 27 millions pour les deux sexes. Ceci est une quasi-certitude puisque la plupart de ces jeunes sont déjà nés. Ensuite, la population active potentielle connaîtra des augmentations encore plus fortes. La population de 15 à 64 ans devrait en effet tripler entre 2000 et 2050, et passer de 360 millions à 1,1 milliard. Ces nouveaux arrivants pourront-ils s'insérer massivement dans de nouvelles activités telles que l'agro-industrie, les activités manufacturières ? Les activités informelles continueront-elles, au contraire, à occuper l'essentiel des actifs comme elles le font actuellement ?

Enfin, le cinquième défi est celui de l'augmentation des personnes âgées. Conséquence des fortes croissances démographiques des cinquante dernières années, l'Afrique subsaharienne sera la région du monde qui connaîtra les plus fortes augmentations de la population des 65 ans et plus. Entre 2000 et 2050, celle-ci devrait en effet être multipliée par 5 et atteindre 102 millions de personnes en 2050, parmi lesquelles 15 millions pourraient avoir 80 ans et plus. Comment s'organisera la prise en charge économique et médicale de ces aînés – qui ne représenteront, il est vrai, que 6 % de la population totale (contre 30 % en Europe) – en l'absence de systèmes de retraite et de systèmes de prise en charge des soins, comme c'est le cas actuellement dans la plupart des pays ? De tels systèmes pourront-ils être mis en place ?

Anticiper et prévoir permet, en principe, de mieux construire le futur. C'est pourquoi il est important de poser ces questions, même s'il est encore très difficile d'y répondre. L'adoption de nouvelles politiques de population s'appuyant sur les droits reproductifs individuels reconnus au Caire et se concentrant sur quelques-unes seulement des composantes de la santé de la reproduction, en particulier la liberté de choisir de manière informée le moment et le nombre de ses grossesses, pourrait sensiblement réduire l'ampleur de plusieurs des défis qui viennent d'être évoqués. La place de l'Afrique subsaharienne dans le monde au XXIe siècle sera conditionnée, plus qu'on ne veut bien l'admettre, par sa démographie, et il est important, à ce sujet, de souligner à nouveau qu'il ne faut pas confondre la masse de la population à un moment donné et son rythme de croissance. Certains analystes pensent qu'après l'explosion démographique du XXe siècle, les baisses de la fécondité se généraliseront et conduiront partout, selon un scénario de convergence, à des niveaux inférieurs au remplacement des générations et donc à un vieillissement généralisé (Chesnais, 2001). Ce qui pourrait ramener la population mondiale aux chiffres atteints dans la seconde moitié du XXe siècle[17]. D'autres retiennent plutôt un scénario de divergence et pensent que le monde pourrait rester longtemps divisé en deux groupes. Le premier groupe serait constitué de pays développés, en développement, émergents, etc., qui devraient atteindre très rapidement des niveaux de fécondité inférieurs au seuil de remplacement des générations. Le second groupe serait constitué des pays les moins avancés, et aussi les plus pauvres, pour la plupart situés en Afrique subsaharienne, où la fécondité resterait élevée (Caldwell, 2002). Dans ce scénario, le défi démographique de demain, au niveau mondial, serait d'un côté de s'ajuster au vieillissement des populations et à leur diminution dans les pays à faible fécondité, et d'un autre côté de maintenir un intérêt et un soutien humain et matériel suffisant pour des programmes visant à maîtriser la fécondité et la croissance démographique dans les pays à forte fécondité. Entre ces visions « convergente » et « divergente », il est possible d'adopter un paradigme de « diversité », en recomposition permanente. Ceci correspond bien à la diversité des régimes démographiques actuels avec en gros trois grands groupes : premièrement les pays dont la croissance est toujours forte et le niveau de fécondité élevé, deuxièmement ceux dont la croissance est plus modeste et le niveau de fécondité intermédiaire (certains pays peuvent rester à ce niveau assez longtemps), et troisièmement les pays à faible fécondité, en vieillissement rapide et en déclin. Une diversité qui n'exclut pas l'interdépendance.

17. Quatre milliards par exemple, chiffre atteint en 1975 et projeté pour 2150 dans l'hypothèse basse des projections à long terme des Nations unies réalisées en 2004 (United Nations, 2004c).

Bibliographie

AMIN S. (1972), « L'Afrique sous-peuplée », *Développement et Civilisations*, n° 47-48, p. 59-67.

BIRABEN J.-N. (2003), « L'évolution du nombre d'hommes », *Population et Sociétés*, n° 394, octobre.

BLANC A.K. et TSUI A.O. (2005), « The Dilemma of Past Success: Insiders' Views on the Future of the International Family Planning Movement », *Studies in Family Planning*, vol. 36, n° 4, p. 263-276.

BONGAARTS J. (1978), « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, p. 15-45.

CALDWELL J.C. (2002), « Contemporary Population Challenge », Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 11-14 March, http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedCaldwellpaper.pdf.

CALDWELL J.C. et CALDWELL P. (2002), « Africa: The New Family Planning Frontier », in Caldwell J.C., Phillips J.F. and Khuda B. (eds.), *Studies in Family Planning*, vol. 33, n° 1, p. 76-86.

CASTERLINE J. (2001), « Diffusion Processes and Fertility Transition », in Casterline J. (ed.), *Diffusion Processes and Fertility Transition: Selected Perspectives*, Washington D.C., National Academy Press, p. 1-38.

CHESNAIS J.-C. (2001), « Comment: A March Toward Population Recession », *Population and Development Review*, Supplement, vol. 27, p. 255-259.

COLLOMB P. (1999), *Une voie étroite pour la sécurité alimentaire d'ici à 2050*, Paris, Economica.

COURADE G. et TICHIT C. (2006), « Les Africaines font trop d'enfants : une bombe démographique en puissance », in Courade G. (dir.), *L'Afrique des idées reçues*, Paris, Belin, p. 325-321.

CRUSH J. (2003), « South Africa: New Nation, New Migration Policy? », Migration Policy Institute-Migration Information Source. http://migrationinformation.org/Profiles/print.cfm?ID=131.

DIOP-MAES L.-M. (1978), *Le sous-peuplement de l'Afrique noire*, Bulletin de l'Institut fondamental d'Afrique noire, Série B, Sciences humaines, vol. 40, n° 4, p. 718-862.

— (1996), *Afrique noire, démographie, sol et histoire : une analyse pluridisciplinaire et critique*, Paris, Présence africaine-Khepera.

DUBRESSON A. et RAISON J.-P. (2003), *L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement*, Paris, Amand Colin-VUEF.

FERRY B. (2002), « L'impact démographique du VIH/Sida », *La Chronique du CEPED*, n° 44, juillet.

FUTURS AFRICAINS (2003), *Afrique 2025 : quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara*, Paris, Karthala, coll. « Tropiques ».

GUENGANT J.-P. (2002a), « The Proximate Determinants during the Fertility Transition », Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, dans *Population Bulletin of the United Nations*, www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/2Revised GUENGANTpaper.pdf.

— (2002b), « Révolution dans le champ des projections démographiques », *La Lettre du CICRED*, Supplément au n° 6, décembre, p. 9-12, http://www.cicred.org/Fr/Publications/lettres/6_FrSuppl.pdf.

— (2006), « Migrations et développement : entre vérités occultées et incertitudes ? », in Badie B. et Didiot B. (dir.), *L'État du Monde 2007*, Paris, La Découverte, p. 83-87.

GUENGANT J.-P. et BANOIN M. (2003), *Dynamique des populations, disponibilités en terres et adaptation des régimes fonciers. Le Niger*, Paris, FAO-CICRED, http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/MonoNiger.pdf.

— (2004), « Mil, démographie et sécurité alimentaire au Niger », in Bezançon G. et Pham J.-L. (dir.), *Ressources génétiques des mils en Afrique de l'Ouest. Diversité, conservation et valorisation*, Paris, IRD Éditions, coll. « Colloques et Séminaires », p. 15-30.

GUENGANT J.-P. et MAY J.-F. (2006), « L'impact des déterminants immédiats de l'évolution à venir de la fécondité en Afrique subsaharienne », in *Perspectives de baisse du taux de fécondité dans les pays à taux de fécondité élevé*, Bulletin démographique des Nations unies, Numéro spécial n° 46/47 2002, p. 93-131.

GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. (2005), « The Cairo Approach: Making RH and FP Programmes more Acceptable or Embracing too much ? », Congrès de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, UIESSP, Tours, 13-18 juillet, http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50775.

HAROUNA S., SOUMAILA B., ISSAKA M.H., GUENGANT J.-P. (2005), *Projections de la population du Niger de 2005 à 2050 : un appel à l'action*, Ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat Général, Bureau Central du Recensement, République du Niger, Travaux démographiques, vol. 1, n° 1, Niamey, avril.

JAFFRÉ Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

KI-ZERBO J. (1972), *Histoire de l'Afrique noire*, Paris, Hatier.

LLOYD C.B., KAUFMAN C.E. et HEWETT P. (2000), « The Spread of Primary Schooling in Sub-Saharan Africa: Implications for Fertility

Change », *Population and Development Review*, vol. 26, n° 3, p. 483-515.

LOCOH T. et MAKDESSI Y. (1995), « Baisse de la fécondité : la fin de l'exception africaine », *La Chronique du CEPED*, n° 18, juillet-septembre.

LUKE N. et COTTS WATKINS S. (2002), « Reactions of Developing-Country Elites to International Population Policy », *Population and Development Review*, vol. 28, n° 4, p. 707-733.

MAY J.F. (2005), « Population Policy », in *Handbook of Population*, Springer US., Poston D. and Micklin M. Handbooks of Sociology and Social Research, p. 827-852.

MOUNKAILA H. (2003), « Crise ivoirienne et crise des migrations sahéliennes », *Sciences au Sud, le journal de l'IRD*, n° 19, mars-avril.

NATIONS UNIES (1966), *Les Perspectives d'avenir de la population mondiale évaluées en 1963*, New York, Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, Études démographiques, n° 41.

— (1995), *Rapport sur la conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, A/Conf.171/13/Rev.1. http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_fre.pdf.

— (2006), *Suivi de la situation mondiale en matière de population : migrations internationales et développement*, New York, Nations unies, Conseil économique et social, E/CN.09/2006/3.

NGONDO A PITSHANDENGE S. (1988), « Politiques et programmes de population en Afrique : précisions des objectifs et adéquation des moyens », in *L'Évaluation des politiques et programmes de population*, Paris, AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext. 1994, p. 99-109.

OCDE (2005), *Tendances des migrations internationales, SOPEMI, 2004*, Paris.

— (2006), *Perspectives des migrations internationales, SOPEMI édition 2006*, Paris.

— (2007), *Perspectives des migrations internationales, SOPEMI édition 2007*, Paris.

ONUSIDA (2002), *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2002*, Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS).

ONUSIDA (2006a), *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA, UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, mai, http://www.unaids.org/en/HIVdata/2006GlobalReport/2006-GR_fr.asp.

— (2006b), *Le point sur l'épidémie de SIDA*, Programme commun des Nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS), décembre, http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp.

ORC Macro (2007), *Measure DHS, STATcompiler*, http://www.measuredhs.com, 9 avril.

PNUD (2006), *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, New York-Paris, Programme des Nations unies pour le développement-Economica.

POURTIER R. (2006), « Afrique. Une identité en mutation », in Badie B. et Didiot B. (dir.), *L'État du Monde 2007*, Paris, La Découverte, p. 148-149.

ROSS J.A. et PARKER MAULDIN W. (1996), « Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94 », *Studies in Family Planning*, vol. 27, n° 3, p. 137-147.

ROSS J.A. et STOVER J. (2000), *Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999 Cycle*, MEASURE Evaluation Working Paper No. WP-00-20, Chapel Hill, University of North Carolina, Carolina Population Center.

ROSS J.A., STOVER J. et ADELAJA D. (2007), « Family Planning Programs in 2004: New Assessments In a Changing Environment », *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, n° 1, March, p. 22-30.

ROSS J.A., STOVER J. et WILLARD A. (1999), *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs. 116 Countries*, Glastonbury, CT, The Futures Group International.

SCHOUMAKER B. (2003), « Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé », *Études de la population africaine/African Population Studies*, supplément A au vol. 19, https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5811/1/ep04020.pdf.

STOVER J. (1999), *AIM: Version 4. A Computer Program for Making HIV/AIDS Projections and Examining the Social and Economic Impacts of AIDS*, Spectrum System of Policy Models, Washington D.C., The Futures Group International, The Policy Project.

STOVER J. et HEATON L. (1999), *FAMPLAN: Version 4. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements*, Spectrum System of Policy Models, Washington D.C., The Futures Group International, The Policy Project.

TABUTIN D. et SCHOUMAKER B. (2004), « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara », *Population*, vol. 59, n° 3-4, p. 521-586.

UNFPA Niger (2007), *Le Gouvernement du Niger a adopté le mardi 14 février 2007, en Conseil des ministres la Déclaration de politique de population du Niger (PNP)*, http://www.unfpa.ne/NewsDPNP.htm.

UNHCR (2007), « Statistical Yearbook », *UNHCR's Comprehensive Annual Statistical Publication, 2005, 2004... 1995, 1994*, http://www.unhcr.org/statistics.html.

UNITED NATIONS (1958), *The Future of Population Growth*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Studies, n° 28.

— (1995), *World Population Prospects. The 1994 Revision*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, ST/ESA/SER.A/145.

— (1997), *Future Expectations For Below-Replacement Fertility*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, Expert Group Meeting on Below-Replacement Fertility, New York, 4-6 November, http://www.un.org/esa/population/pubsarchive/belowrep/belowrep.ht.

— (1998), *World Population Prospects. The 1998 Revision*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ESA/P/WP.150.

— (2001), « Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries », New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 9-11 July, http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/prospectsdecline.htm.

— (2002a), *The Future of Fertility in Intermediate-Fertility Countries*, Population Division, http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedPEPSPOPDIVpaper.pdf.

— (2002b), « Completing The Fertility Transition », Expert Group Meeting on Completing The Fertility Transition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 11-14 March, http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/completingfertility.htm.

— (2004a), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/239.

— (2004b), *Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, The 2004 Report.

— (2004c), *World Population to 2300*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/236.

— (2005), *Base de données sur les indicateurs du millénaire*, United Nations, Statistics Division, ST/ESA/STAT/MILLENNIUMINDICATORSDB/WWW, http://millenniumindicators.un.org/unsd/mifre/mi_goals.asp.

— (2006a), *World Population Policies, 2005*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A.254, http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2005/wpp2005.htm.

— (2006b), *Urban Agglomerations, 2005*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, http://www.un.org/esa/population/publications/WUP2005/2005AgglomerationsWallChart_web.xls.

— (2006c), *World Migrant Stock: The 2005 Revision Population Database*, United Nations Population Division, http://esa.un.org/migration/.

— (2007), *World Population Prospects: The 2006 Revision, Population Database*, United Nations Population Division, http://esa.un.org/unpp/.

US BUREAU OF CENSUS (2007), *Census Dates for Countries and Areas of Africa: 1945 to 2014*, http://www.census.gov/ipc/www/cendates/cenafric.html.

ZABA B. et GREGSON S. (1998), « Measuring the Impact of HIV on Fertility in Africa », *AIDS*, n° 12 (supplément 1), S41-S50, voir : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9677188&dopt=Citation.

Guengant Jean-Pierre.

La démographie africaine entre convergences et divergences.

In : Ferry Benoît (dir.). L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain.

Paris (FRA), Paris (FRA), Nogent-sur-Marne : KARTHALA, AFD, CEPED, 2007, p. 27-121.

ISBN 978-2-84586-944-8